

٦	مقدمة تحتوي على أربعة ابواب
٦	الباب الاول في تعريف علم الولادة وعظم اعتباره
	الباب الثاني في بيان الاحق بتعاطي هذا العلم
١٠	الباب الثالث في نبذة تاريخية تحتوي على سبعة فصول
	الباب الرابع في جداول فيها فصلان في تقسيم الولادة واوضاع الجنين
٢٩	عند مشاهير المؤلفين
٣٨	الكتاب الاول في الجزء التشريحي وفيه تعليمان
٣٨	التعليم الاول في الحوض وفيه ثلاثة ابواب
٣٨	الباب الاول في الحوض في حالته الاعتيادية وفيه قسمان
٣٨	القسم الاول في الحوض الجاف وفيه ثلاثة فصول
	الفصل الاول في عظام الحوض وفيه مباحث في العجز
٣٨	والعصص والحرقة
٤١	الفصل الثاني في مفاصل الحوض وفيه مباحث لارتفاقاته
	الفصل الثالث في الحوض الجاف عموما وفيه مباحث في سطحيه
	ومضيقه وتقديره وقاعدته واقطاره الغريبة واختلافه باختلاف
٤٥	السن والنوع والافراد
٦٢	الباب الثاني في الحوض المعيب وفيه خمسة اقسام
٦٢	القسم الاول في افراط الاتساع
٦٣	القسم الثاني في عيوب قعر الاتساع وفيه فصلان
٦٣	الفصل الاول في الضيق المطلق
	الفصل الثاني في الضيق النسبي وفيه مباحث لضيق المضيق البطني
٦٤	والججاني والتقوير
٦٩	القسم الثالث في عيوب اتجاه المحاور
٧٠	القسم الرابع في اسباب عيوب الحوض

٧٢	القسم الخامس في قياس الحوض وفيه مبحثان للبحث فيه من الظاهر ومن الباطن
٧٨	التعليم للثاني في اعضاء التناسل وفيه بابان
٧٨	الباب الاول في اعضاء التناسل الظاهرة وفيه قسمان
	القسم الاول في الحالة الطبيعية لتلك الاعضاء وفيه فصول ومباحث
	لجبل الزهرة والاشفار والبطر وغشاء البكارة واصنافه وشقه والحيض
٧٨	الاسية والحجان وغير ذلك
٨٨	القسم الثاني في الحالة الغير الطبيعية لتلك الاعضاء
٨٨	الباب الثاني في الاجزاء الباطنة
٨٩	القسم الاول في الحالة الاعتيادية لتلك الاجزاء وفيه فصول
	الفصل الاول في الرحم وفيه مباحث لسطحيه وبوزطنشيا واقطاره
٨٩	وتأليفه
٩٨	القصل اثنائي في البوقين
٩٩	الفصل الثالث في المبيضين
	القصل الرابع في الاربطة وفيه مباحث للرباطين العريضين
١٠٠	والمبرومين وغيرها
١٠١	الفصل الخامس في المهبل
١٠٤	الفصل السادس في اعضاء التناسل عموما
١٠٦	القسم الثاني في الحالة الغير الاعتيادية لجهاز التناسل وفيه فصول
١٠٦	الفصل الاول في الحالة الغير الاعتيادية في الاعضاء التوابع
١٠٧	الفصل الثاني في الاحوال الغير الاعتيادية في الرحم
١٠٩	الفصل الثالث في الاحوال الغير الاعتيادية في المهبل
١١١	الفصل الرابع في الخنثى المشكل
١١٣	الكتاب الثاني في معرفة الوظائف اي الغسيولوجيا وفيه بابان
١١٣	الباب الاول في الوظائف المهيثة وفيه قسمان

صحية

١١٣

القسم الاول في البلوغ

القسم الثاني في الخيض وفيه فصول لاندفاعه وطبيعته وسيره

واسبابه ودوريته ومجلسه ونحو لانه وانقطاعه اى سن الياس واحتباسه ١١٤

١٢٦

الباب الثاني في التناسل وفيه قسمان

١٢٦

القسم الاول في معارف اولية

١٢٨

القسم الثاني في كيفية التناسل وفيه فصول

١٢٩

الفصل الاول في النطف وفيه مجتبان للنطفة الموثنة والمذكورة

الفصل الثاني في التلقيح وفيه مباحث لمجلسه وكيفيةه والجسم الاضعف

١٣٢

والتلقيح الصناعي

١٣٦

الفصل الثالث في العلوق

١٣٧

الكتاب الثالث في الحمل وفيه ثلاثة تعاليم

١٣٨

التعليم الاول في الحمل الصادق وفيه بابان

١٣٨

الباب الاول في الحمل الرجى وفيه قسمان

١٣٨

القسم الاول في الحمل البسيط وفيه فصول

١٣٩

الفصل الاول في التغيرات التشرىحية وفيه مباحث

المبحث الاول في تغير الرحم من الحمل وفيه مطالب تغير الحجم والشكل

١٣٩

والموضع والاتجاه والسكن والتركيب والخواص

١٤٨

المبحث الثاني في حالة الاعضاء المتعلقة بالرحم

١٤٩

المبحث الثالث في حالة البطن والاحشاء

١٥٠

المبحث الرابع في حالة الحوض

١٥١

الفصل الثاني في الاعراض المسماة اقوية

١٥٤

الفصل الثالث في علامات الحمل وفيه مجتبان

١٥٤

المبحث الاول في العلامات العقلية

١٥٦

المبحث الثاني في العلامات المحسوسة اى الطبيعية وفيه مطلبان

المطلب الاول في الجس

صيفه

- ١٥٦ المطلب الاول في الجنس وفيه انواع
- ١٥٧ النوع الاول في الجنس المهبلي
- ١٦٠ النوع الثاني في الجنس الشرجي
- ١٦٠ النوع الثالث في البحث البطني
- ١٦٣ النوع الرابع في الهرة اى اللطمة
- ١٦٤ النوع الخامس في الحركات الذاتية للجنين
- ١٦٥ المطلب الثاني في الاستماع وفيه اللفظ التنفسي واللفظ القلبي
- ١٧٠ المبحث الثالث في معرفة زمن الحمل
- ١٧١ القسم الثاني في الحمل المضاعف او المركب
- ١٧٢ الباب الثاني في الحمل الخارج عن الرحم وفيه فصول
- ١٧٣ الفصل الاول في الحمل المبيضي
- ١٧٤ الفصل الثاني في الحمل البطني او البريتوني
- ١٧٥ الفصل الثالث في الحمل البوقي
- ١٧٦ الفصل الرابع في الحمل في نسيج الرحم
- ١٧٩ الفصل الخامس في الحمل الرحمي البوقي
- القسم الثاني في سير الحمل الخارج عن الرحم وفيه فصول وابحاث
- ١٧٩ لاسبابه وعلاماته وانتهائه بموت الجنين او تمزق الكيس
- القسم الثالث في علاجه وفيه فصول العملية الاطلاق والشق
- ١٨٥ البطني والشق المهبلي
- التعليم الثاني في الحمل الكاذب وفيه فصول لاحتباس الطمث
- ١٨٨ والامراض التي تشبه بالحمل والحمل العصبي ومعالجته
- ١٩٤ التعليم الثالث في ذكرورة الجنين وانوثته وفيه ثلاثة اقسام
- ١٩٤ القسم الاول هل يمكن معرفة الذكورة والانوثة مدة الحمل
- ١٩٥ القسم الثاني هل يمكن بالاخيار ان يولد المتجمعان احدا النوعين

مصحفه

١٩٧

القسم الثالث في تأثير الفصول والثروة على النتائج

الكتاب الرابع في البذرة وفيه اربعة تعاليم ١٩٨

١٩٨

التعليم الاول في ما يتعلق بالبذرة وفيه ثلاث ابواب

الباب الاول في نوايع الجنين في الحمل البسيط وفيه ثلاثة اقسام

القسم الاول في الاغشية وفيه فصول للغشاة الساقط والسلي

١٩٨

والامينوس ومائه

٢٠٥

القسم الثاني في الحوصلة الجنين والحبييل والمشيمة وفيه فصول

٢٠٥

الفصل الاول في الحوصلة السرية

٢٠٨

الفصل الثاني في الحوصلة السجعية

٢١١

الفصل الثالث في الحبييل السري والمشيمة وفيه مجئان

٢١١

المبحث الاول في الحبييل السري

المبحث الثاني في المشيمة وفيه مطالب لهيتها وتركيبها

٢١٥

ونحوها واندامها

٢٢٣

الباب الثاني حالة نوايع الجنين في الحمل المضاعف

٢٢٤

الباب الثالث حالة نوايع الجنين في الحمل الخارج عن الرحم

٢٢٥

التعليم الثالث في البذرة وفيه ثلاثة ابواب

الباب الاول في بذرة الحمل البسيط وفيه قسمان

القسم الاول في العلقه وفيه فصول

٢٢٥

الفصل الاول والثاني في العلقه عموما والسلسلة الفقرية

الفصل الثالث في الرأس واعضاء الحواس وفيه مباحث للفم والانف

٢٢٧

والاين والاذنين

٢٣٠

الفصل الرابع والخامس في الاطراف والعصص واعضاء التناسل

٢٣١

الفصل السادس في السرة والدوران الثاني للجنين

٢٣٢

الفصل السابع في اقطار الجنين

القسم الثاني

ص ٢٣٣

القسم الثاني في الجنين وفيه فصول

٢٣٣

الفصل الاول في اسنان الجنين اى اعمارهم ونموه التدريجى

٢٣٣

الفصل الثانى في رأس الجنين البالغ الكمال وفيه مباحث

٢٣٥

المبحث الاول والثانى والثالث في عظام الرأس ودروزه وبوافيقه

٢٣٦

المبحث الرابع والخامس والسادس في اقسام الرأس وشكله واقطاره

٢٣٧

المبحث السابع والثامن في دوائره واختلاف اقطاره

٢٣٨

المبحث التاسع والعاشر في قياس الرأس ومفصله مع العمود

٢٤٠

الفصل الثالث في هيئة وضع الجنين في الرحم

٢٤٢

الباب الثانى في تضاعف الاجنة

٢٤٥

الباب الثالث في الحبل على الحبل

٢٤٦

التعليم الثالث في فسيولوجيا الجنين اى معرفة وظائفه

وفيه اربعة ابواب

٢٤٩

الباب الاول في التغذية وفيه قسمان

٢٥٠

القسم الاول فيما قالوه في التغذية من نفس البذرة وفيه فصلان

للتغذية من ماء الامنيوس ومن المشيمة

٢٥٠

القسم الثانى في التغذية من الامام وفيه فصلان

٢٥٢

الفصل الاول في وصول الدم الى الجنين بدون واسطة

٢٥٣

الفصل الثانى في الدورة الحقيقية في الجنين وفيه مبحثان

٢٥٤

المبحث الاول في هيئة اعضاء الجنين

٢٥٤

المبحث الثانى في سير الدم فيه وفيه مطالب لسيره في القلب والمشيمة

وكبد الجنين

٢٥٥

الباب الثانى في تنفس الجنين

٢٦١

الباب الثالث في صياح الاجنة في الارحام

٢٦٢

الباب الرابع في قابلية الجنين للمعيشة

٢٦٣

صحيفة

٢٦٥ التعليم الرابع في نهاية الحمل وفيه بابان للميلاد المتأخر والمجمل

الكتاب الخامس في الجزء العمل اى التوليد ٢٦٧

٢٦٧ التعليم الاول في الولادة الغير الطبيعية وفيه بابان

الباب الاول في الاسقاط وفيه فصول لاسبابه المرضية الناشئة
من المرأة والناشئة من البذرة واسبابه الدوائية المسقطه والدورية

٢٦٨ والمخاتكية وعلاماته وانذاره وعلاجه

٢٨٤ الباب الثانى في انواع المولى اى القطع اللحمية فى الرحم

٢٨٦ التعليم الثانى فى الولادة الحقيقية وفيه اربعة ابواب

٢٨٦ الباب الاول فى الولادة عموما وفيه قسمان

٢٨٦ القسم الاول فى اسبابها المتبعة والمحدثه الذاتية والتابعة والتممة

٢٩٦ القسم الثانى فى طلق الولادة وفيه فصول

٢٩٨ الفصل الاول فى العلامات المقدمة (الزمن الاول)

٢٩٩ الفصل الثانى فى اتساع العنق (الزمن الثانى)

٣٠١ الفصل الثالث فى زمن اندفاع الجنين (الزمن الثالث)

٣٠٤ الفصل الرابع فى مدة الطلق

الفصل الخامس فى الظاهرات الخاصة بالطلق وفيه مباحث لوجع

٣٠٤ الولادة واتساع العنق وسيلان المادة اللزجة والجيب المائى

٣١٦ الباب الثانى فى انواع المولادة وفيه قسمان

٣١٦ القسم الاول فى الولادة السهلة اى البسيطة ولها جنسان بمنزلة فصول

الجنس الاول فى الولادة الطبيعية اى التى يأتى فيها الجنين بالرأس

٣١٩ وفيه فصلان

٣٢٠ الفصل الاول فى الجبيء بالجمعية وفيه نوعان

٣٢٠ النوع الاول الوضع القمعدوى المقدم وله ثلاثة اصناف

٣٢١ الصنف الاول الوضع القمعدوى الحقى الايسر

صنيفه

- ٣٢٦ الصنف الثاني الوضع القمعدوى الحق الايمن
 ٣٢٨ الصنف الثالث الوضع القمعدوى العاني
 ٣٢٩ النوع الثاني في الاوضاع القمعدوية الخلفية وله ثلاثة اصناف ايضا
 ٣٣٠ الصنف الاول الوضع الجنبى الحق الايسر
 ٣٣٢ الصنف الثاني الوضع الجنبى الحق الايمن
 ٣٣٣ الصنف الثالث الوضع الجنبى العاني
 ٣٣٥ الفصل الثاني في المهيء بالوجه وله اربعة اوضاع
 ٣٣٧ الوضع الاول هو الذقنى الحرقنى الايمن
 ٣٣٨ الوضع الثاني هو الذقنى الحرقنى الايسر
 ٣٣٩ الوضع الثالث هو الذقنى العجزى
 ٣٤٠ الوضع الرابع هو الذقنى العاني
 الجنس الثاني في الولادة السهلة الغير الطبيعية اى التي فيها المهيء
 ٣٤١ بالحوض وله ثلاثة فصول
 ٣٤٤ الفصل الاول في المهيء بالتقدم وله نوعان
 ٣٤٥ النوع الاول الوضع العقبى المتقدم وله ثلاثة اصناف
 ٣٤٥ الصنف الاول يكون القطن فيه من الامام واليسار
 ٣٤٧ الصنف الثاني يكون القطن فيه من الامام واليمين
 ٣٤٨ الصنف الثالث يكون القطن فيه من الامام باستقامة
 ٣٤٩ النوع الثاني الوضع العقبى الخلفى
 ٣٥٢ الفصل الثاني في المهيء بالركبتين
 ٣٥٣ الفصل الثالث في المهيء بالتقدمة وله نوعان
 ٣٥٥ النوع الاول الوضع العجزى المتقدم وله ثلاثة اصناف
 ٣٥٥ الصنف الاول الوضع العجزى المتقدم الايسر
 ٣٥٥ الصنف الثاني الوضع العجزى المتقدم الايمن

صحيحة

التعليم الرابع في نهاية الحمل وفيه بابان للميلاد المتأخر والمبجل ٢٦٥

الكتاب الخامس في الجزء العملي اى التوليد ٢٦٧

٢٦٧ التعليم الاول في الولادة الغير الطبيعية وفيه بابان

الباب الاول في الاسقاط وفيه فصول لاسبابه المرضية الناشئة

من المرأة والناشئة من البذرة واسبابه الدوائية المسقطه والدورية

٢٦٨ والميخانكية وعلاماته وانذاره وعلاجه

٢٨٤ الباب الثانى في انواع المولى اى القطع اللمعية فى الرحم

٢٨٦ التعليم الثانى فى الولادة الحقيقية وفيه اربعة ابواب

٢٨٦ الباب الاول فى الولادة عموما وفيه قسمان

٢٨٦ القسم الاول فى اسبابها المتبعة والمحدثه الذاتية والتابعة والجمعة

٢٩٦ القسم الثانى فى طلق الولادة وفيه فصول

٢٩٨ الفصل الاول فى العلامات المقدمة (الزمن الاول)

٢٩٩ الفصل الثانى فى اتساع العنق (الزمن الثانى)

٣٠١ الفصل الثالث فى زمن اندفاع الجنين (الزمن الثالث)

٣٠٤ الفصل الرابع فى مدة الطلق

الفصل الخامس فى الظاهرات الخاصة بالطلق وفيه مباحث لوجع

٣٠٤ الولادة واتساع العنق وسيلان المادة اللزجة والجيب المائى

٣١٦ الباب الثانى فى انواع الولادة وفيه قسمان

٣١٦ القسم الاول فى الولادة السهلة اى البسيطة ولها اجنسان بمنزلة فصول

الجنس الاول فى الولادة الطبيعية اى التى يأتى فيها الجنين بالرأس

٣١٩ وفيه فصلان

٣٢٠ الفصل الاول فى الجبيء بالجمعة وفيه نوعان

٣٢٠ النوع الاول الوضع القمعدوى المقدم وله ثلاثة اصناف

٣٢١ الصنف الاول الوضع القمعدوى الحقى الايسر

صنيفه

٣٢٦

الصنف الثاني الوضع القمعدوى الحق الايمن

٣٢٨

الصنف الثالث الوضع القمعدوى العاني

٣٢٩

النوع الثاني في الاوضاع القمعدوية الخلفية وله ثلاثة اصناف ايضا

٣٣٠

الصنف الاول الوضع الجنبى الحق الايسر

٣٣٢

الصنف الثاني الوضع الجنبى الحق الايمن

٣٣٣

الصنف الثالث الوضع الجنبى العاني

٣٣٥

الفصل الثاني في المجيء بالوجه وله اربعة اوضاع

٣٣٧

الوضع الاول هو الذقنى الحرقنى الايمن

٣٣٨

الوضع الثاني هو الذقنى الحرقنى الايسر

٣٣٩

الوضع الثالث هو الذقنى العجزى

٣٤٠

الوضع الرابع هو الذقنى العاني

الجنس الثاني في الولادة السهلة الغير الطبيعية اى التى فيها المجيء

٣٤١

بالحوض وله ثلاثة فصول

٣٤٤

الفصل الاول في المجيء بالتقدم وله نوعان

٣٤٥

النوع الاول الوضع العقبى المقدم وله ثلاثة اصناف

٣٤٥

الصنف الاول يكون القطن فيه من الامام واليسار

٣٤٧

الصنف الثاني يكون القطن فيه من الامام واليمين

٣٤٨

الصنف الثالث يكون القطن فيه من الامام باستقامة

٣٤٩

النوع الثاني الوضع العقبى الخلقى

٣٥٢

الفصل الثاني في المجيء بالركبتين

٣٥٣

الفصل الثالث في المجيء بالتقعدة وله نوعان

٣٥٥

النوع الاول الوضع العجزى المقدم وله ثلاثة اصناف

٣٥٥

الصنف الاول الوضع العجزى المقدم الايسر

٣٥٥

الصنف الثاني الوضع العجزى المقدم الايمن

- ٣٥٥ الصنف الثالث الوضع العجزى المقدم باستقامة
- ٣٥٦ النوع الثاني الوضع العجزى الخلقى
- الفصل الثالث المثلث للجنسين السابقين في وظائف القابلة في الولادة
- ٣٥٦ الصهلة وفيه مباحث
- المبحث الاول في التشخيص وفيه مطالب في الاوجاع وحالة العنق
- ٣٥٦ والطلق الكاذب
- المبحث الثاني في تعيين النسكلى اى الوضع وفيه مطالب
- ٣٦٠ المطلب الاول في تحقيق الوضع بالقمة اى الجبي بها
- ٣٦١ المطلب الثاني في تحقيق الجبي بالوجه
- ٣٦٢ المطلب الثالث في تحقيق الجبي بالحوض
- ٣٦٣ المطلب الرابع في البحث من الظاهر
- ٣٦٤ المبحث الثالث في الانذار
- ٣٦٦ الفصل الرابع في الاحتراسات التى يستدعيها الطلق وفيه مجتبان
- ٣٦٧ المبحث الاول في الاحتراسات اللازمة للمرأة وفيه مطالب
- ٣٦٧ المطلب الاول في الاحتراسات الصحية
- ٣٧٠ المطلب الثاني في اضطجاع المرأة التى فى الطلق على سريرها
- ٣٧٣ المطلب الثالث في وضع القابلة
- ٣٧٤ المطلب الرابع في الجس زمن الطلق
- ٣٧٥ المطلب الخامس في اسناد العجان
- المبحث الثاني في الاحتراسات اللازمة للجنين سواء فى اوضاع الرأس
- ٣٧٦ او الحوض
- ٣٨١ الفصل الخامس فيما تستدعيه الولادة الشاقة وفيه مباحث
- ٣٨١ المبحث الاول فى بطى الطلق باسباب مختلفة
- ٣٨٣ المبحث الثاني فى عدم انتظام الاوجاع الانتباضات

٣٨٧	المبحث الثالث في الاحتراسات اللازمة لجلب المياه
٣٨٩	المبحث الرابع في المياه الكاذبة
٣٩٠	المبحث الخامس في بطلان الرحم اى خجوده
٣٩٣	القسم الثانى فى الولادة العسرة وفيه فصلان
٣٩٤	الفصل الاول فى عسر الولادة العارض
٣٩٤	المبحث الاول فى التزيف وفيه مطالب لاسبابه وتشخيصه وانذاره وانتهائه وعلاجه
٤١٦	المبحث الثانى فى التشنجات اى الاكلبسيا وفيه مطالب لانواعها واسبابها واعراضها وسيرها وانتهائها وانذارها وتشخيصها المرضى وعلاجها واكلبسيا الاطفال
٤٤٤	المبحث الثالث والرابع فى سقوط الحبل السرى وقصره الطبيعى والعارضى
٤٥٣	المبحث الخامس والسادس فى انورسها الحوامل والربو والاستقاء وانحناء الشول وغير ذلك
٤٥٥	المبحث السابع والثامن فى فتوق الحوامل والاعماء والضعف
٤٥٧	المبحث التاسع فيما يعرض من التمزقات لبعض الاعضاء
٤٥٨	المبحث العاشر فى تمزقات الرحم وفيه مطالب لاسبابها وكيفية حصولها ومجلسها وعلاماتها وانذارها وعلاجها
٤٦٧	الفصل الثانى فى التعسر الذاتى للولادة وفيه مجتنان
٤٦٧	المبحث الاول فى التعسر الناشئ من اعضاء المرأة وفيه مطالب
٤٦٨	المطلب الاول فى الاورام التى تظهر فى الحوش
٤٧٠	المطلب الثانى فى الحصى البولى
٤٧١	المطلب الثالث والرابع فى امور غير اعتيادية وآفات فى القناة القرجية الرحمية

صحيحة

٤٧٣ المطلب الخامس والسادس في اورام الفرج وانتقال المهبل

٤٧٤ المطلب السابع في تغيرات العنق

المطلب الثاني في تغيير موضع الرحم وفيه مهمان لسقوط الرحم

٤٧٧ واقتناقه

المطلب التاسع في الزوغانات وفيه مهمات لزوغان الرحم والزوغان

٤٧٩ المقدم للرأس والخلي في الرحم

٤٨٤ المطلب العاشر في الاثر البطيئة اى مواضع التحام الجروح

٤٨٤ البحث الثاني في التعسر الاتى من قبل الجنين وفيه مطالب

٤٨٤ المطلب الاول في العسر الحاصل من زيادة حجم الجنين

٤٨٦ المطلب الثاني في الاستسقاء في الجنين

٤٨٨ المطلب الثالث في اورام مختلفة فيه

٤٨٨ المطلب الرابع في العسر من تضاعف الاجنة

المطلب الخامس في العسر الحاصل من الاوضاع المعيبة وفيه ثلاث

٤٩٢ مهمات للاوضاع الزائفة للرأس والمقعدة واوضاع الجذع

المطلب السادس في التحويل الذاتي وفيه مهمان للتحويل الذاتي

٤٩٧ الذى يحصل بنفسه والذاتى الحقيقى الرأسى والحوضى

٥٠٢ خاتمة في اختصار اوضاع الجذع والعلاج اللازم لذلك

٥٠٣ الباب الثالث في عمليات الولادة وفيه اربعة اقسام

٥٠٣ القسم الاول في عملية التحويل وفيه فصول

الفصل الاول في التحويل عموما وفيه مباحث لوقت ممارسة العمل

٥٠٤ ووضع المرأة والطبيب وتعيين وضع الجنين واختيار اليد العاملة

الفصل الثاني في التحويل الرأسى وفيه مباحث في تاريخه واعتباره

٥١٠ وكيفية عمله

الفصل الثالث في التحويل القدي وفيه مباحث لادخال اليد وتغيير وضع

الجنين

صحيحة

٥١٤

الجنين وانحراجه

الفصل الرابع في التحويل القدي في اوضاع الرأس وفيه مجئان

٥٢١

للتحويل القدي في الوضع القمعدوي الحرقفي الايسر والايمن

٥٣٠

الفصل الخامس في التحويل القدي في اوضاع الوجه

٥٣٠

الفصل السادس في التحويل القدي في الاوضاع الزائفة للجمجمة

٥٣١

الفصل السابع في محصل التحويل القدي لاجل الرأس باختصار

٥٣١

الفصل الثامن في التحويل القدي في وضع الجذع وفيه مباحث

المبحث الاول في التحويل القدي في وضع المنكب والجانب وفيه

٥٣٣

مطلبان اذا جاء المنكب الايسر والايمن

٥٣٧

المبحث الثاني في التحويل القدي في المجيء بالقص

٥٣٨

المبحث الثالث في التحويل القدي في المجيء بالظهر

٥٣٩

الفصل التاسع في التحويل القدي في المجيء بالحوض وفيه مجئان

٥٤٠

المبحث الاول في التحويل القدي في اوضاع القدمين

٥٤٢

المبحث الثاني في التحويل القدي في وضع المقعدة

٥٤٤

تتمة في تنبيهات عامة في عملية التحويل

الفصل العاشر في المجيء بالذراع وفيه مباحث في تاريخه وكيفية

٥٤٨

العمل فيه

٥٥٤

القسم الثاني في جفت الولادة والرافعة وفيه فصلان

٥٥٤

الفصل الاول في الجفت

المبحث الاول والثاني في احوال استعماله والاجزاء التي يمكن ان

٥٥٦

يوضع عليها

٥٦٢

المبحث الثالث في كيفية استعماله وفيه خمسة مطالب

٥٦٣

المطلب الاول في ادخال الجفت في الوضع القمعدوي المقدم

٥٦٨

المطلب الثاني في ادخال الجفت في الاوضاع القمعدوية الحرقفية

صحيحة

- ٤٧٣ المطلب الخامس والسادس في اورام الفرج وانتقال المهبل
- ٤٧٤ المطلب السابع في تغيرات العنق
- المطلب الثامن في تغير موضع الرحم وفيه مهمات لسقوط الرحم
- ٤٧٧ واقتناقه
- المطلب التاسع في الزوغانات وفيه مهمات لزوغان الرحم والزوغان
- ٤٧٩ المقدم للرأس والخلق للرحم
- ٤٨٤ المطلب العاشر في الاثر البطئية اى مواضع التحام الجروح
- ٤٨٤ المبحث الثاني في التعسر الا تى من قبل الجنين وفيه مطالب
- ٤٨٤ المطلب الاول في العسر الحاصل من زيادة حجم الجنين
- ٤٨٦ المطلب الثاني في الاستسقاء في الجنين
- ٤٨٨ المطلب الثالث في اورام مختلفة فيه
- ٤٨٨ المطلب الرابع في العسر من تضاعف الاجنة
- المطلب الخامس في العسر الحاصل من الاوضاع المعيبة وفيه ثلاث
- ٤٩٢ مهمات للاوضاع الزائفة للرأس والمقعدة واوضاع الخدع
- المطلب السادس في التحويل الذاتي وفيه مهمات للتحويل الذاتي
- ٤٩٧ الذى يحصل بنفسه والذاتى الحقيقى الرأسى والحوضى
- ٥٠٢ خاتمة في اختصار اوضاع الخدع والعلاج اللازم لذلك
- ٥٠٣ الباب الثالث في عمليات الولادة وفيه اربعة اقسام
- ٥٠٣ القسم الاول في عملية التحويل وفيه فصول
- الفصل الاول في التحويل عموما وفيه مباحث لوقت ممارسة العمل
- ٥٠٤ ووضع المرأة والطبيب وتعيين وضع الجنين واختيار اليد العاملة
- الفصل الثانى في التحويل الرأسى وفيه مباحث في تاريخه واعتباره
- ٥١٠ وكيفية عمله
- الفصل الثالث في التحويل القدي وفيه مباحث لادخال اليد وتغيير وضع

الجنين

الحنين واخراج

٥١٥ الفصل الرابع في التحويل القدي في اوضاع الرأس وفيه مبحثان

٥٢١ للتحويل القدي في الوضع القمعدوي الحرقفي الايسر واليمين

٥٢٠ الفصل الخامس في التحويل القدي في اوضاع الوجه

٥٣٠ الفصل السادس في التحويل القدي في الاوضاع الزائفة للجنمة

٥٣١ الفصل السابع في محصل التحويل القدي لاجل الرأس باختصار

٥٣١ الفصل الثامن في التحويل القدي في وضع الخذع وفيه مباحث

المبحث الاول في التحويل القدي في وضع المنكب والجانب وفيه

٥٣٣ مطلبان اذا جاء المنكب الايسر واليمين

٥٣٧ المبحث الثاني في التحويل القدي في الهجي وبالقص

٥٣٨ المبحث الثالث في التحويل القدي في الهجي بالظهر

٥٣٩ الفصل التاسع في التحويل القدي في الهجي بالخوض وفيه مبحثان

٥٤٠ المبحث الاول في التحويل القدي في اوضاع القدمين

٥٤٢ المبحث الثاني في التحويل القدي في وضع المقعدة

٥٤٤ تمة في تنبيهات عامة في عملية التحويل

الفصل العاشر في الهجي بالذراع وفيه مباحث في تاريخه وكيفية

٥٤٨ العمل فيه

٥٥٤ القسم الثاني في جفت الولادة والرافعة وفيه فصلان

٥٥٤ الفصل الاول في الجفت

المبحث الاول والثاني في احوال استعماله والاجزاء التي يمكن ان

٥٥٦ يوضع عليها

٥٦٢ المبحث الثالث في كيفية استعماله وفيه خمسة مطالب

٥٦٣ المطلب الاول في ادخال الجفت في الوضع القمعدوي المقدم

٥٦٨ المطلب الثاني في ادخال الجفت في الاوضاع القمعدوية الحرقفية

صحيحة

المطلب الثالث في ادخال الجفت في الاوضاع الجوضية ٥٦٩

المطلب الرابع في ادخال الجفت في حالة ازدياد واج الاجنة ٥٧١

المطلب الخامس في ادخال الجفت فيما اذا بقي الرأس وحده في الرحم ٥٧١

خاتمة في قواعد مختصرة تتعلق بالجفت ٥٧٤

الفصل الثاني في الراجعة وفيها مطالب لاستعمالها ككلاب او بجفت

الولادة ٥٧٤

القسم الثالث في العرى والشبكات ٥٧٨

القسم الرابع في حصر الرأس ٥٧٩

القسم الخامس في ضيق الجوض وفيه فصول ٥٨٥

الفصل الاول في التدبير المضعف لمن كان حوضها معيبا ٥٨٧

الفصل الثاني في الولادة المحرضة لمن كان حوضها معيبا وفيه مجتبان ٥٨٨

المبحث الاول في الاجهاض المحرض ٥٨٨

المبحث الثاني في الولادة الصناعية التي تفعل قبل اوانها وفيه مطالب

لدلائلها وطرقها ٥٨٩

الفصل الثالث في العمليات التي تعمل على الام وفيه ثلاثة مباحث ٥٩٧

المبحث الاول في موت الجنين وعلاماته العقلية والمحسوسة ٥٩٧

المبحث الثاني في الشق العاقي وفيه مطالب لكيفية فعله والتغيير على

جرحه ونتائجه وغير ذلك ٦٠٢

المبحث الثاني في العملية القيصرية ولها نوعان ٦١٢

النوع الاول في الشق الرحي البطني وفيه مطالب للحكم عليه وفعله

بعد موت الام ونجاحه وعدم نجاحه وطرقه وكيفية العملية ٦١٢

النوع الثاني في العملية القيصرية المسهلية وفيه مطالب للدلالات

والطرق ٦٢٩

الفصل الرابع في العمليات التي تعمل على الجنين وفيه مباحث ٦٣٢

المبحث الاول في شق الرأس

صحيحة

- ٦٣٢ المبحث الاول في شق الرأس وتقطيع الجنين
- ٦٣٥ المبحث الثاني في الكلابات اى الصنانير
- ٦٣٩ المبحث الثالث في المهارسة للرأس
- ٦٤٠ المبحث الرابع فيما اذا وقف الرأس وحده في الطرق التناسلية
- الباب الرابع في المظاهر الطبيعية التي تحصل عقب خروج الجنين
- ٦٤٢ وفي هذا الباب قسم واحد
- القسم الاول في تخليص المشيمة وفيه فصلان
- الفصل الاول في التخليص الطبيعي وفيه مباحث لكيفية حصوله
- ٦٤٢ والاحتراسات التي يستدعيها وكيفية فعله
- ٦٥٠ الفصل الثاني في التخليص المضاعف وفيه مباحث
- ٦٥١ المبحث الاول في خنود الرحم
- ٦٥١ المبحث الثاني في زيادة حجم الخلاص
- ٦٥٢ المبحث الثالث في تضيق العنق
- ٦٥٤ المبحث الرابع في تكيس المشيمة
- ٦٥٨ المبحث الخامس في انقطاع الحبل
- المبحث السادس في التصاق المشيمة وفيه مطالب لاسبابه وعلاماته
- ٦٥٩ وعلاجه وكيفية العمل
- ٦٦٧ المبحث السابع في امتصاص الخلاص
- ٦٦٩ المبحث الثامن في الانزفة المضاعفة للتخليص وعلاجها
- ٦٧٧ المبحث التاسع في التشنجات بعد الولادة وتخليص الحمل المضاعف
- ٦٧٨ المبحث العاشر في التخليص في الولادة السكاذبة
- ٦٨٠ الكتاب السادس في نوايع الولادة وفيه تعليمات
- ٦٨٠ التعليم الاول في الاحتراسات التي يستدعيها المولود وفيه بابان
- ٦٨٠ الباب الاول في الطفل حالة كونه سليما وفيه خمسة اقسام

صيفه

- ٦٨١ القسم الاول في ربط الحبل وقطعه وفيه فصلان
- ٦٨٢ الفصل الاول في قطع السرة
- ٦٨٣ الفصل الثاني في ربط الحبل
- ٦٨٦ القسم الثاني في تنظيف الطفل
- ٦٨٨ القسم الثالث في تقييط الطفل
- ٦٩٠ القسم الرابع في الارضاع وفيه اربعة فصول
- ٦٩١ الفصل الاول في تشرح الثديين
- ٦٩٦ الفصل الثاني في عيوب التكون في الثدي
- ٦٩٧ الفصل الثالث والرابع في الحلمات الصناعية والطلبية الثديية
- القسم الخامس في عوارض الارضاع وفيه فصول لشقوق الثديين
- ٦٩٨ واحتقانها والتهابها
- ٦٩٩ الباب الثاني في الطفل حالة كونه مريضاً وفيه ثلاثة اقسام
- القسم الاول في اسفكسيا الجنين وفيه فصول لاصباب الضعف
- ٧٠٠ وعلاجه
- ٧٠٥ القسم الثاني في مكتة المولودين وفيه فصول للاسباب والعلاج
- القسم الثالث في عوارض مختلفة كتزيف السرة وجرحها والكسر والخلع
- والتصاق الشفتين والشرج وصماخ البول وغير ذلك وفيه فصلان ٧٠٧
- ٧٠٨ الفصل الاول في انخساف العظام
- ٧٠٩ الفصل الثاني في الاورام الدموية وفيه مجذبان
- ٧١٠ المبحث الاول في انواع هذه الاورام
- ٧١٣ المبحث الثاني كلام مختصر في الورم المسمى سيفالياتوم
- ٧١٥ التعليم الثاني في الاحتراسات المتعلقة بالمرأة وفيه بابان
- ٧١٥ الباب الاول في التوابع الطبيعية للولادة وفيه ثلاثة اقسام
- القسم الاول في الاحتراسات اللازمة للمرأة عقب الولادة حالاً وفيه

اربعة

صحيحة

٧١٥

اربعة فصول

٧١٦

الفصل الاول فيما يلزم لحفظ الثدي

٧١٧

الفصل الثاني في حزام البطن

٧١٨

الفصل الثالث في الحواظ اللازمة للشرح

٧١٨

الفصل الرابع في سرير النوم

٧١٩

القسم الثاني في الاحتراسات التابعة وفيه ثلاثة فصول

٧٢٠

الفصل الاول في الاحتراسات الصحية وفيه مجتبان

٧٢١

المبحث الاول في النوم وما يتبعه

٧٢٢

المبحث الثاني في التدبير الغذائي والدوائي للوالدات

٧٢٥

الفصل الثاني في مفارقة المرأة سريرها

٧٢٦

الفصل الثالث فيما يلزم والدة التصراعية من مراعاة الصحة

٧٢٦

القسم الثالث في الظواهر الولادية وفيه ثلاثة فصول

٧٢٦

الفصل الاول في السائل التناسلي

٧٢٨

الفصل الثاني في الآلام الرحمية بعد الولادة أي المغص الرحمي

٧٣٠

الفصل الثالث في حصى اللبن

٧٣١

الباب الثاني في التوابع الغير الطبيعية للولادة وفيه قسمان

٧٣١

القسم الاول في انتقال الرحم عن موضعها وفيه فصلان

٧٣١

الفصل الاول في انقلاب الرحم

٧٣٣

الفصل الثاني في الانتقال البسيط للرحم عن موضعها بعد الولادة

٧٣٤

القسم الثاني في انواع مختلفة من التثاق وفيه ستة فصول

٧٣٤

الفصل الاول في استئصال عنق الرحم وعزقه

٧٣٥

الفصل الثاني في هتك المهبل وفيه مجتبان

٧٣٦

المبحث الاول في الانتقاب الثاني المهبل

٧٣٨

المبحث الثاني في الانتقاب المستقبلي المهبل

مصحفه

٧٣٩

لفصل الثالث في تمزقات العجان وفيه ثلاثة مباحث

٧٣٩

لمبحث الاول في انتقاب العجان

٧٤٣

المبحث الثاني في الشقوق الفرجية

٧٤٥

المبحث الثالث في ملح العصعص

٧٤٦

الفصل الرابع في اوديم الفرج

٧٤٦

الفصل الخامس في النتائج الاعتيادية

٧٤٧

الفصل السادس في تورم الفرج

تمت فهرست كتاب الولادة بمقتضى ترتيب الكتاب ويليها فهرست مرتبة على
 حروف المعجم حسبما ينطق نسبيلا المراجعة لانها مرتبة على حسب
 الحروف الاصول لصعوبة ذلك على المستدئين والعامة

فهرست كتاب الولادة مرتبة على حروف المعجم

٧٠٠	امفكسيا الجنين	حرف الالف	
٢٢٨	اسقاط	٧٢٦	آلام رجعية
٣٧٥	اسناد العجان	٣٠٩-٢٩٢	انساع العنق
٤٥٥	انغماء الحوامل	٤٨٤	اثر بطنية معصرة للولادة
٦٢	افراط انساع الحوض		اجهاض (انظر اسقاط)
٦٧	افقية العصعص	٥٨٨	اجهاض محرض
٤٤١	اكلبسيا الاطفال	١٨٩-١٢٥	احتباس الطمث
٤١٩	اكلبسيا الوالدات	٦٩٩	احتقان الثديين
٧٠٧	التصاق الشفتين		اختناق الجنين (انظر اسفكسيا)
٤٧١	التصاق الشفرين الكبيرين	} (انظر دآه شيلي	ارجوز رموس نشني
٦٥٩	التصاق مرضي للمشيمة		ارجوز رموس غنغريني
٦٩٩	الثهاب الثديين		
٦٦٧	امتصاص الخلاص	٢٩٥	ارضاع
٢٠٢	امنيوس	١٠٧	ازدواج الرحم
٧٣٣	انقلاب الرحم عن موضعها	٣٨٨	استسقاء امنيوسي
٧٣٩	انتقاب العجان	١٨٦	استسقاء بطني وطبلي برتنوني
٧٣٦	انتقاب منافي مهبل		استسقاء رحي وطبلي رحي
٧٣٨	انتقاب مستقيمي مهبل	١٩١	وزق
٤٨١-١٤٣	انحراف الرحم		استسقاء صدرى او بطني
١٤٤	انحراف العنق	٤٥٤	للحوامل
	انحناء الشوك الظهرية		استسقاء مخي في الجنين
٤٥٤	في الحوامل	٤٨٩	او سلسلته
٧٠٨	انخساف العظام	٧٣٤	استسقاء عنق الرحم
٣٩٧	اندغام المشيمة على العنق	١٦٥	استسقاء

بقاء المشيمة في الرحم زمنا طويلا ٦٦١	٣٠١	اندفاع الجنين
١١٣ بلوغ	١١٥	اندفاع الطمث
٨٩ بوزطنشيا	٣٦٤	انذار الولادة
٩٨ بوق	٧٠٧	انسداد صماخ البول
حرف التاء		انسداد العنق عند الوضع بغشاء
تحرير رض الولادة لمعينة الحوض ٥٨٨	٤٧٤	اوورم
١٢١ تحول الطمث	٤٧٢	افتتاح المهبل في المثانة
٥٠٣ تحويل (عملية)		انقباض المسوج الخلوى عند
٥١٠-٥٠٠ تحويل حوصى	٤٥٧	الطلق
٤٩٧ تحويل ذاتى من الجنين	٣٨٦	انقباض تشنجى في العنق
٤٩٩ تحويل رأسى	٣٨٥	انقباض جزئى في الرحم
٥١٤ تحويل قدى	٦٥٨	انقطاع الحبيب
٦٤٢ تخليص بسيط او طبيعى	٢٤٣	انقلاب الجنين
٦٤٢ تخليص المشيمة	٧٣١	انقلاب الرحم
٦٧٨ تخليص الولادة السكابة		انقلاب المصعص الى الخلف ٦٧
٧٢٢ تدبير غذائى للوالدة	٤٧٤	انقلاب المهبل
٣٥٦ تشخيص الولادة	٤٥٣	اورسما الطوامل
٣١٧ تشنج اضطرارى	٤٧٣	اوذىما الرجلين قرب الوضع
تشنج فى تخليص الحمل	٧٤٦	اوذىما الفرج
٦٧٨ المضاعف	حرف الباء	
٤١٧ تشنج جزئى	١٦٠	بحث بطقى
٤١٦ تشنج زمن الطلق	٢٢٥-٢٩٨	بذرة
٣١٧ تشنج صلب (جود)	٣٨٤-٣٨١	بطو الطلق
٤١٣ تشنج ولادى	٣٦٠	بطالة الرحم اى خوده
٢٤٥ تضاعف الاجنة	٨١	بظر

٢٦١	تنفس الجنين	٤٨٨	نضاضة الاجنة المعسر
٤٨٩	نوائهم مشوهة التكون	٦٥٢	للولادة
١٢٨	نوالد	٤٦٧	نضائق العنق
٧٤٧	نودوم القرج	٢٥٠	نفسر الولادة
	نوادات لجمة سرطانية		تغذية الجنين
٤٦٩	في الحوض	٤٧٧	تغيير موضع الرحم عند الوضع
٤٧٥	نيس اسقروسي في العنق	٢٧	تقارب الخبيتين
	حرف الاء	٣٠٨	تقطع وجع الولادة
٦٩١	ندى	٥٢	تغير الحوض الخاف
	حرف الجيم	٦٠	تغير الحوض الرخو
٧٩	جبل الزهرة	٦٨٨	تقيط الطفل
٧٠٧	جرح السرة	١٠٢	تكاليف
١٦٠	جس شرجي	٦٥٤	تكيس المشيمة
١٣٤	جسم احفر	١٣٢-١٢٨	تلقيح
٢٠٨	جسم شبكي	١٣٥	تلقيح صناعي
١٥٧	جس مهبل	٤٥٧	تمزق ابسواس
٣٧٤	جس في زمن الطلق	٤٥٧	تمزق بوي
٥٥٤	جفت الولادة	٤٥٨	تمزق رجي
	حرف الحاء	٧٣٩	تمزق عجان
٧١٦	حافظ الثدي	٤٥٧	تمزق العروق الخلفية
٧١٨	حافظ القرج	٧٣٤-٤٦٢	تمزق عنق الرحم
١٣٧	حبل	٤٥٧	تمزق الغدة الدرقية عند الطلق
٢٤٦	حبل على حبل	١٨٥	تمزق الكيس في الحمل الخارج
٢١١	حبيل سرى	١٢٨-١٢٦	تساقط
٤٠	حرقعة	٦٨٦	تنظيف الطفل

٥٨	حوض رخو	١٦٤	حركات ذاتية للجنين
٤٦	حوض كبير ومغبر	٧١٧	حزام البطن
٦٢	حوض معيب	٥٧٩	حصار الرأس
١١٤	حيض	٥٨٤	حصار المنكبين
حرف الخاء		٤٧٠	حصى بولي
٧٠٧	خلع في الجنين	٨٦	حفرة زورقية
٦٥١	خود الرحم	٦٩٢	حلمة الثدي
١١١-٨٢	خثى مشكل	٦٩٧	حلمة صناعية
حرف الدال		١٣٨	جل بسيط
٨٢	دهابز	١٧٤	جل بطني او بريوني
٢٣٩	دواء الرأس	١٧٥	جل بوقي
٢٥٤	دورة الدم في الجنين	١٧١	جل خارج عن الرحم
٣٩٣	ديس توسيا (عسر الولادة)	١٣٨	جل رخوي
حرف الذال		١٧٩	جل رخوي بوقي
١٩٤	ذكورة الجنين وانوته	١٣٨	جل صادق
حرف الراء		١٩٢	جل عصبي او اختناق
٥٧٤	رافعة	١٧٦	جل في نسيج الرحم
١٠٠	رباط (اربطة الرحم)	١٨٨	جل كاذب
٦٨٣-٦٨١	ربط السبيل		جل الحصى (انظر مولي)
٤٥٤	ربو الحوامل	١٧٣	جل مبيضي
	ربا (انظر جل عصبي في عمرة ١٩٢)	١٧١	جل مضاعف او مركب
٨٩	رحم	٧٣٠	حي اللبث
حرف الزاي		٢٠٨	حوصله شجقية
١٧٠	زمن الحمل	٢٠٥	حوصله شريفة
٤٧٩	زوغان الرحم	٣٨	حوض جاف

١٨٨	شق مهبطي في الحمل الخارج	الزوغان المقدم للراس والخلي	
٦٩٨	شقوق الثديين	للمرحم	٤٨٠
٧٤٢	شقوق فرجية	زيادة حجم الجنين	٤٨٤
	شكل (انظروضع الجنين)	زيادة حجم الخلاص	٦٥١
٨١	شوكة	حرف السين	
٣٦٠	شيلم	ساقط	١٩٨
٣٩١	شيلبي (دآء)	سرير النوم للوالدة	٧١٨
	فصل الصاد	سقوط الحبل الصرى	٤٤٤
	صنارة (انظر كلاب)	سقوط الرحم	٤٧٧
	فصل الصاد	سكتة الاطفال	٧٠٥
٧٠٠	ضعف الجنين	سلي	٢٠٠
٤٥٥	ضعف الحوامل في الطلق	سحوة غشاء البكارة	٨٤
٦٧	ضيق التقعر	سن الجنين اى عمره	٢٣٣
٥٨٥	ضيق الحوض	سن اليأس	١١٣
٦٣	ضيق مطلق للحوض	سيفالجاتوم	٧١٣-٧١٢
٦٤	ضيق المضيق البطني	سيملان المياه الزججة	٣١٢
٦٧	ضيق المضيق العجاني	حرف الشين	
٦٤	ضيق نسبي للحوض	سبنكة	٥٧٨
	حرف الطاء	شجرة الحياة	٩٤
٣٨٧	طلق بجاف	شكر كبر وصغير	٧٩
٣٥٩	طلق كاذب	شق بطني للحمل الخارج	١٨٦
٢٩٦	طلق الولادة	شق رأى الجنين وتقطيعه	٦٣٢
٦٩٧	طلبة نديية	شقي رضى بطني	٢١٢
	حرف العين	شق غشاء البكارة	٨٥
٨٦	عجان	شق عجان	١٠٤

٢٣٢	قطر (أقطار الجنين)	٣٨	عجز
٥٠	قطر (أقطار غريبة الخوض)		عند انتظام الاوجاع
(٥٢ الى ٤٩)	قطر (أقطار المضيقين من ٤٩ الى ٥٢)	٣٨٣	والانقباضات
٦٨١	قطع الحبل	٥٧٨	عروة
٦٨٢	قطع السرة	٤٠	حصص
٨٢	قناة مجرى البول	١٠٩	هضم
٢٤٠	قياس الخوض	١٥٤	علامات عقلية للحبل
٢٤	قياس الرأس	١٥٦	علامات محسوسة للحبل
٥٤	قياس زوايا الخوض	٢٢٥	علقة
٦١٢	قيصرية (عملية)	١٢٨-١٣٦	علوق
٦٢٩	قيصرية مهبلية		حرف الفين
حرف الكاف		٨٣	غشاء البكارة
٧٠٧	كسر في الجنين		حرف الفا
٦٣٥	كلاب	٤٧٨	فتق الرحم
حرف اللام		٤٥٥	فتوق الحوامل
٨٦	لحميات آسية	٨٠	فرج
	لطفة (انظر هزة)	٢٤٩	فسولوجيا الجنين
١٦٧	لفظ قلبي	٨١	فوطه هوتنوتون
١٦٦	لفظ نفخي او متنجي		حرف القاف
	لفافني (انظر امبيوس)	٢٦٣	قابلية الجنين للمعيشة
حرف الميم		٥٤	قاعدة الخوض
٢٠٢	ماء الامبيوس	٦٧	قرن (بفتحين)
٣٠٩	ماء كاذب		قرن (بالسكون اي جيب
٢٠٩	مادة قرنجانية	٣١٣	المياه)
٩٩	مبيض	٤٤٩	قصر الحبل السرى

١٠٢	منهبل	٣٢٠	مجيء بالجمجمة
٥٩٧	موت الجنين وعلاماته	٣٤١	مجيء بالحوض
١٨٣	موت الجنين في الحمل الخارج	٥٤٨	مجيء بالذراع
٢٨٤	مولى اى مضغ نجمة	٥٥٢	مجيء الذراع مع الرأس
٦٦٦	ميدلاد متأخر	٣١٩	مجيء بالرأس
٦٦٧	ميلاد معجل	٣٥٢	مجيء بالركبتين
حرف النون		٥٣٨	مجيء بالظهر
٣٩٩	نزيف اوعية الحبل والمشيمة	٣٤٤	مجيء بالتدمين
٣٩٤	نزيف رجي	٥٣٧	مجيء بالقص
٧٠٧	نزيف السرة	٣٥٣	مجيء بالاقعدة
٦٦٩	نزيف مضاعف للتخليص	٥٣٣	مجيء بالمكنك الايسر
١٢٩	نطقة	٥٣٦	مجيء بالمكنك الايمن
٧٢٦	نفس	٣٢٠	مجيء بالوجه
٦٧٦	نقل الدم من سليم الى مريض	٤٨	محور الحوض
٨٨	نمو البظر والشفرين	١٦٦	سماع
٧٢١	نوم الولادة	١٦٦	سماع رجي لبودلوك
حرف الهاء		١١٥	مشيمة
٦٣٩	هارة الرأس لبودلوك	٤١	مضيقا الحوض الخاف
١٦٣	هزة	٥٩	مضيقا الحوض الرخو
٧٣٥	هتك المهبيل	٧٢٦	مغص رجي
حرف الواو		٤١	مقابل الحوض
٣٥٧	وجع صادق	٧٤	مقياس الحوض
٣٥٧	وجع غريب	٧٦	مقياس قطولى
٣٨٣	وجع الكيتين	٧٨	مقياس باطنى ابواقين
٣٠٥	وجع الولادة	٧٤٥	ملح العصص

وحم	١٥٣	وضع (اوضاع الخدع
ورم اسفروبي اوليني في التعبير	٦٩	وعلاماتها
..... في سمل الرحم	٤٤٦	ولادة
..... في القرج	٤٧٣	ولادة اختيارية وبسيطة (انظر سمل)
ورم دموى في الجنين	٧٠٩	ولادة حقيقية
ورم الشفرين الكبيرين	٤٧٣	ولادة سمل
ورم متولد في الحوض	٤٦٥	ولادة صناعية قبل اوانها
وضع الجنين	٣١٨	ولادة طبيعية
وضع الجنين في الرحم	٢٤٢	

تمت القهرسة المرتبة

على حروف

الهم

جدول الخطاء والصواب

صفحة	سطر	خطا	صواب
٥٢	٢٤	واذا قد	واذا
٢٥	١٥	اجمع	فيكون جميع
٦٥	٢١	قد	ان
٦٦	١٠	قلراً	المرات
٧٩	٧	بالمختلفة	المختلفة
٩٤	٥	الحل	الحل
٩٤	١٦	يجزم	يجزم
١٥١	٥	المتعني	المتعني
١٥١	٢٢	التجاهين	التجاهين
١٥٢	١٢	دركة	دركة
١٥٧	٢	ريق	ادبق
١٥٧	١٧	حبت	جست
٢٠٢	١٣	منفصلان	منفصلين
٢٠٢	١٨	بل من عدمها هنا أكد	بل عدمها هنا أكد من
٢٢٠	١٩	احيانا	احياء
٢٥٠	١٨	اطل	اطول
٢٨١	١	ظهران معه	ظهر معه
٣٢٤	١٧	كانت	كما كانت
٣٢٨	٨	تستثنى	تثنى
٣٣٦	٢٠	والتي	التي
٣٤٢	٢٠	التي	الذي
٣٩٨	٣	ذلك	لك
٣٩٩	٥	صر	قصر

صواب	خطأ	صحيحه	مطر
خيف	ضيف	١٥	٤٠٥
يعسر	يعصر	٨	٤٠٧
محمل	محال	١٣	٤٤٧
بفعلها	فعلها	١٣	٤٥٦
وفي بعضها	وبعضها	٦	٤٧٩
كما تكون	كافي تكون	٢١	٤٨٤
ممكنة	ممنة	١١	٤٨٨
بوصوله	بوصولها	١٦	٤٩٢
ويوجب يكون ويوجب ذلك يكون		٥	٤٩٩
ان يدفع	من يدفع	٩	٥٠٠
كثير	كثيرا	٢	٥٠٣
لزوم	مخروم	٧	٥١١
عملت التحويل	عملت التحويل	٢٤	٥٢٠
لا الى الخلف	الى الخلف	٢	٥٢٤
وقفنا	وقفنا	٣	٥٣٣
عنده موت	عند موت	٢	٥٥٤
ان الذي	الذي ان	٢٠	٥٨١
لكن ذلك	لكن مع ذلك	١٥	٥٩٠
ويمكن	ويمكن	١	٥٩٧
نظن	فطن	٢١	٦١٣
لسلاستها	لسلامتها	١٥	٦١٦
الثامن	الثاني	١٠	٦٦٩
فانسيبه	فانسيبه	٤	٦٧٠
جميع	فان جميع	٢١	٦٧٢

الاولين	الاول	٣	٦٩١
الخامس	الثاني	٦	٩٨
انكارا	انكار	٥٥	٧١٢
من كل اربع	من اربع كل	١	٧٢٤
اختراعها	اختراعها	١١	٧٣٨

1. 1870-1871
2. 1871-1872
3. 1872-1873
4. 1873-1874
5. 1874-1875
6. 1875-1876
7. 1876-1877
8. 1877-1878
9. 1878-1879
10. 1879-1880
11. 1880-1881
12. 1881-1882
13. 1882-1883
14. 1883-1884
15. 1884-1885
16. 1885-1886
17. 1886-1887
18. 1887-1888
19. 1888-1889
20. 1889-1890
21. 1890-1891
22. 1891-1892
23. 1892-1893
24. 1893-1894
25. 1894-1895
26. 1895-1896
27. 1896-1897
28. 1897-1898
29. 1898-1899
30. 1899-1900
31. 1900-1901
32. 1901-1902
33. 1902-1903
34. 1903-1904
35. 1904-1905
36. 1905-1906
37. 1906-1907
38. 1907-1908
39. 1908-1909
40. 1909-1910
41. 1910-1911
42. 1911-1912
43. 1912-1913
44. 1913-1914
45. 1914-1915
46. 1915-1916
47. 1916-1917
48. 1917-1918
49. 1918-1919
50. 1919-1920
51. 1920-1921
52. 1921-1922
53. 1922-1923
54. 1923-1924
55. 1924-1925
56. 1925-1926
57. 1926-1927
58. 1927-1928
59. 1928-1929
60. 1929-1930
61. 1930-1931
62. 1931-1932
63. 1932-1933
64. 1933-1934
65. 1934-1935
66. 1935-1936
67. 1936-1937
68. 1937-1938
69. 1938-1939
70. 1939-1940
71. 1940-1941
72. 1941-1942
73. 1942-1943
74. 1943-1944
75. 1944-1945
76. 1945-1946
77. 1946-1947
78. 1947-1948
79. 1948-1949
80. 1949-1950
81. 1950-1951
82. 1951-1952
83. 1952-1953
84. 1953-1954
85. 1954-1955
86. 1955-1956
87. 1956-1957
88. 1957-1958
89. 1958-1959
90. 1959-1960
91. 1960-1961
92. 1961-1962
93. 1962-1963
94. 1963-1964
95. 1964-1965
96. 1965-1966
97. 1966-1967
98. 1967-1968
99. 1968-1969
100. 1969-1970



PAID
21575567

٣

والمنسوب اليه اشرف منسوب * والمحسوب من العمر في غير الحرص عليه
ليس في ربح التجارة بحسوب * وان من اعظم فروعه نفعها * واكثرها للغير
جمعاً * علم الطب الذي هو اكسير السيادة الكبرى * وهو بالتقدم بعد
العلوم الشرعية اخرى * فروعها ذات مناهج كثيرة * واصوله واسعة غزيرة *
تخيرت العقول في سلوكها * تخير الشمس قبل دلو كها * ودوت فيه كتب
صعبة المراق * وشاعت وذاعت في جميع الاقطار والآفاق * وشهد له الآن
بالتقدم اهل الكمال * واشتغل بتحريره صناديد الرجال * قد غاص على درره
مؤلفوها بحار المعارف * وادرجوها في سلك التدقيق على رغم المخالف *
واى لما خاطبتني العناية بالارشاد * وسالمتني الهداية بنيل الامداد * شرعت
اتقل في دراسته حالا بعد حال * واركب في قطع مغاوزه تعاسيف القفار
والجبال * ومشيت وترددت وذهيت * وسعيت لتحصيله وتغربت * وشربت
من ذلك المنسوب الذي كماله دونه هالك * ونزل لنخيض المنازل قبل
ان يصل الى تلك الممالك * قصرت فحوه العزم والعزيمة * واقفيت نقبي
على مبانيه القويم * وجمت حول حماه المأمون * وباغت منه مامن الله به
على من الفنون * ولما زيت ان العالم وان امتد بابه * واشتد في ميادين
الجدال دفاعه * يكون نفعه قاصراً على مدة حياته * وسيفنى ويحمر ذكره بعد
محاته * ما لم يصنف كتاباً يحل بعده * او يورث علماً ينقله عنه تليداً اذا وجد
الناس قدده * اخذت في تعاطيها تين الصنائع * والقيام باتمام كل من
الوظيفتين * احدهما التدريس بمدارسنا الطيبة * وثانيهما الاشتغال
بالتأليف والترجمة السنية * ولعمري ان التصنيف لارفعها مكاناً *
لما انه الذي منها تطول مدته زماناً * فلذلك اشتغلت فيما سبق بترجمة مؤلفات
كانها بساتين ازهار * وجمع مصنفات كانها حدائق تفجرت منها الانهار *
وتنشاها اعظم الناس بالقبول * وان كانت بالنسبة لمؤلفات الافاضل تعد
من الفضول * ولما تعاقت همة ارباب شورى الديوان * بطبع كتاب مخصوص
بعلم الولادة الجليل الشأن * يكون كثر المدرسة الولادة التي انشأها صاحب

السيادة العاليه * وذخيرة لتلا من تلاميذ مدرسة الطب الساميه * توجه الى
الخطاب بالنظر في ترجمة برزت من الحاذق التحرير الذي نال من كل ما تامله
نصيبه * اخينا الفاضل على اقدى هيبه * فوجهت ركاب النظر لاجابة
مستولهم * وتوجهت تلقاء مدين مطلوبهم * ونظرت في تلك الترجمة الكامله
فرايت ان لا بد لها من تعب في التصحيح والمقابله * منع ان مواف الكتاب
وهو هتان ترك الاشياء لا يستغنى عنها الطالبون * وخلا كتابه عن تحقيقات
مهمة يتطلبها الراغبون * وشاركت النظر في ذلك مع اخواني اطبا * ممن
كان معي في الدراسة ببلاد اوربا * فانحط الرأي على ان الاولى تسريح النظر في
مطارج التأملات * واتخاذ كتاب في هذا الفن جامع لبدائع المؤلفات *
فأرأينا احسن من كتاب اشتغل على المحاسن * وغدا النموذج رياض ماؤها غير
آسن * قد سلك مصنفه فيه مسلكا قل من سلك من الفحول مثله * وبعث
بصائب فكره عن تحرير ما اورد نقله * كيف لا وهو الماهر الفائق في التأليف
والتهليم * الطيب الجراح فلبوس الحكيم * لازمته في دروس الجراحة فهو
ثلاث سنوات * واكتسبت من غرائب تحقيقاته بدائع تنبيهات * وعند
ما آن اوان يزوغ ما في الغيب لعالم الشهاده * وخروج يد الا مال بيضاء من
جيب السعاده * جرى طرف العزم على السير وجال في ميدانه * وبعث الحق
الى القلب دواعي الطلب فانقادت لديه ابطال فرسانه * فانتصبت قائما على
الحال * ولازمت ما يجب على من الاجلال * وشرعت في التأهب للمصير *
طالباً من الله حصول التيسير * واستغنت بهمة من غمرني بالاكرام * وعنى
بالجود والادنام * صاحب العزم الذي عز من يحاوله * والكرم الذي علا عن
ان يكون في الكرام من يطاوله * كيف لا وقد شاع ذكره في تحووم الا فاق *
وعلا بالملكات الفاضله على الاعاظم وفاق * وترينت به الوزارة والتدبير * وانحط
دون مقامه جبل يلم وثبير * وانشئت في زمنه حدائق العلم يانعة الازهار *
كانها جنات عدن تجري من تحتها الانهار * وعذبت بالديار المضربة موارد
فضله * وامطر على الصغير والكبير وافر كرمه وعدله * فاضحي وهو قبله المجد

التي لا تزال حولها الامال طائفة * ولا تبرح نسي الهياطائفة بعد طائفة
مقبول الوزراء للدولة السلطانية * وفخبة الكرماء من المملكة الاسلامية *
الدستور المكرم محمد علي باشا * بلغه الله من العناية ماشا * ولا زال سعد
بأتماره منشورا * وجيش عزه بانصاره منصورا * وجواد عزمه سابقا *
وطالع سيادته فائقا

هذا وما فرغت من تهذبة وجهه * وبرز الامر من الباب العالي بطبعه *
اسمعه لجمع من اخواني الاطباء الخذاق * ممن حازوا رتب العلا ومحاسن
الاخلاق * فبرز بعد ذلك كالعقد الفريد * وانتظمت مسائله انتظام الدر
النضيد * فارجو آمل ان يحظى بنيل المناو المأمول * وان يغرد عليه طير
الفلاح والقبول * سيما وهو اول كتاب في فنه اشرفت شمس عند العرب *
وتقوم اغصان رياضه فتاهت عجباً من الطرب * وقد اهديته لكل ذكي جبل
طبعه على الانصاف * واجتهد في عصمة نفسه عن المييل والانحراف *
على اني لا اقول اني صغته في قالب السكال * ولا نسجته على احسن منوال *
لعلمي بان مضمار الافكار * لا تسلم فيه الجياد من العثار * سيما وبضاعى
قليله * وافهامي كليله * فلا برئ نفسي من السهو والزلل * ولا انزه هامن
الخطا والخلل اذ ذلك امر وقع فيه الاول والاخر * وقضية استوى فيها
الضعيف والقادر فلذا اروم من الواقع عليه انماض الطرف عن الهفوات
واسبال ذيل الستر على ما فيه من السقطات * نسأل الله ان يقبل عثراتنا *
ويغفر زلاتنا * بجاه محمد وآله * والسالكين على منواله * وقد سميت طالع
السعادة والاقبال * في علم الولادة وامراض النساء والاطفال * وفي افتتاح
المقول * اقبل الى الله واقول

٦
* (مقدمة تحتوي على اربعة ابواب) *

الباب الاول

في تعريف علم الولادة وعظم اعتباره

علم الولادة فرع من الفروع المهمة العجيبة الطبية يبحث فيه عن ما يتعلق
بتناسل البشر ولما كانت قواعده الاصلية مغترفة من الاصول الميكانكية
ومؤسسة على اصح ما يحتوي على التشريح تخلصت في اقرب وقت من الاراء
الاقراضية التي طالما كانت بها صناعة الشفاء معدودة من الهذيان وارتفعت
وسائطه العلاجية المذكورة فيه درجة تقرب من حقيقة العلوم الرياضية *
وهذا العلم يستدعي دراسة عميقة وممارسات وتجربات بحيث لا يكمل
الاخصاص بذلوا انفسهم مدة طويلة في البحث والتأملات ولما كانت حدوده
التي ينتهي اليها محصورة كان لا بأس بفصله من الشجرة الطبية الكبيرة
وجعله فرعا مستقلا او فوا من الممارسات والاهمال متميزا عن غيره
ثم ان جميع الناس لم يتفقوا على ملذ كونه لهذا العلم من الاعتبار فان كثيرا
من العامة والفلاسفة بل والاطباء جعلوه في اسفل سلم العلوم بل بعضهم نازع
في نفعه ايضا وبعضهم اعتبره سهلا بسيطا يفوض امره للنساء دون غيرهن
واستندوا في آرائهم لعل لا بأس بالنظر فيها
قال بعضهم ان علم الولادة غير نافع لانه لا يضطر للاستعانة بالصناعة
في الولادة الا في مرة واحدة من مائة وتقول ان ندرة استعمال هذه الصناعة
لا ينبغي ان تكون سببا لانكار منفعة وسائطها على ان ديونس قال انه
يضطر للطبيب المولود في ثمان مرات من عشرة وبعضهم قال في مرة من سبع
عشرة مرة واستند القائلون ايضا بعدم نفعه بان الميلاد الغير المهدنة ليس فيها
طبيب مولود ولا مولدة وان الامير يمين لا يراعون الاحتراسات اللازمة
للولادة ومثلهم نساء الحبشة وبعض بلاد افريقية وغيرهن فلا يعطون
لاجل الوضع عن اشغالهن ولا عن اسفارهن وان تلك الصناعة لا توجد
في بلاد الفرس ولا في بلاد الصين تقول لهم دليلكم في ذلك غير مقبول اولا

ان احوال هؤلاء القبائل المتوحشة مجهولة لنا اذ هم يجتهدون في اخفاء
عوائدهم واصطلاحاتهم عناقا المانع من كونهم ستروا احوالهم عن
المسافرين الذين نقلوا اخبارهم لنا وكذبوا عليهم وثانيا ان ذلك يستدعي
انه لم يكن في تلك البلاد المتوحشة اطباء كيف ذلك مع ان شردان الذي جاب
بلاد القرص ذكر تاريخ قابله كانت من اقدم عائلة فيها ودعيت لحاصل وقت
الطلاق لتتلقى جماله او تراعى صحتها مدة النفاس وبالجملة لا يعول على كلام
المؤرخين الخاليين عن معارف صناعتنا في جزمهم بان النساء لا يحتاجن
في الولادة للاستعانة بالصناعة مع ان ما ذكره قديشاهد ايضا في سكان ارياف
اوربا وارياف بلاد نابل وفي المدن ايضا بكاريس قد تخفى البنات جلهن الى
وقت الوضع ويفترغن للخلاص منه في نحو نصف يوم ثم يرجعن بعد ذلك حالا
لاشغالهن الاعتيادية بل قديشاهد ذلك ايضا في جميع اجزاء الارض ولكن
ذلك لا يفيد الاستغناء عن اطباء المولدين لان مثل تلك الاحوال وان لم يعقبا
عوارض مغممة الا انها كثيرا ما تكون بدو عالا مراض ثقيلة يتبعني البحث
للمتدنين على الوسائط التي تحفظ من حصولها

ولما لم يكتب بعضهم بما استندله من القبائل الباقية على توحشها استند ايضا
لما يوجد في رتب اخرى من الحيوانات ذوات الثدي فذكر روسيل ان ولادة
الحيوانات غير البشر تعرضهن لخطر اقل مما يحصل للبشر قال وسبب الخطر
الذي يحصل للادميات استعانتهم بوسائط كاذبة مذكورة في علم غير صحيح
فاللازم في هذه الوظيفة الطبيعية ان تفوض الاحتراسات للبنية نفسها
ولا يستعان بشيء خارج عنها انتهى ونحن لا نقول بهذا الرأي بل نقول
ان سهولة ولادة الحيوانات وتوابع تلك الولادة على فرض قلة الخطر الذي
يحصل لهما تمامها ناشئة من سبب آخر وهو تركيب اعضائها وما عسر ولاد
النساء وقبولهن لكثير من الاخطار فعظم ذلك ناشئ من وضعهن العمودي
على سطح الارض وكون حوضهن اضيق بالنسبة لحجم الجنين واصلب وكونه
متسعا بين المضيقين ومختلا قليلا بخلافه في غير البشر من ذوات الثدي فانه

يكون مستقيماً أو قريباً للاستقامة ومستطليلاً جداً والجنين يأتي فيها يوزن
لا يجمع فيه منع أن تلك الحيوانات يعسر حفظها عند الوضع من كل عارض
فانه كثيراً ما يضطر لعملية القلب والعمامة القيصرية المهبلية ووضع الكلابات
في البقر التي يغلب فيها مسك المشيمة وانقلاب الرحم وغير ذلك وسكان الأرياف
يعرفون ذلك فيم اوبراعونها في فصل ولادتها باحتراسات كثيرة نعم قوة البنية
في نساء القبائل المتوحشة والمنهمكات على الأشغال الشاقة تعرضهن
في الولادة لاختبار أقل مما يصاب نساء البلاد المتقدمة لكن متى عرضت تلك
العوارض كانت في كل من الصنفين خفيفة وذلك كالتهاب البلوزا أي ذات
الجنب وتقرن الرحم والأوضاع الرديئة للطفل والاحتياج للعملية القيصرية
وعملية القاب

هذا ومن المعلوم أن الاحتراسات التي ذكر والزومها للمرأة في مدة الولادة
صعبة كثيرة مختلفة غير أن بعضها نافع بل لا زوم ضروري وبعضها غير نافع
بل خطر وفعل تلك الاحتراسات بدون تمييز بينها قد يقع في الخطرفن اللازم
تحقق منفعة ما يستعمل وأمن خطره وهذا هو أساس هذا العلم فهو المتكفل
ببيانها

الباب الثاني

في بيان الإحق بتعاطي هذا العلم

هل الإحق بتعاطي النساء أو الرجال نقول أما بالنظر للوظيفة نفسها فإذا كانت
بسيطة فالنساء القوابل يكن مثل الرجال في ذلك وأما الولادة المعصوبة بعوارض
ثقيلة فالرجال الأطباء المولكون هم الإحق بمباشرتها لأن حالة النساء من الرقة
واللحافة تمنعهن عن أن يقبلن بمهمة تلك الأعمال الشاقة وأما من منع
مباشرة الرجال للولادة بالكلية وقال أن ذلك سوء عاذب وقلة حشمة فلم يثبت
أن خوف الخطر وحفظ الشخص يحطلان عائله المرأة على أن تدعو
الطبيب الجراح لمباشرة ذلك متى صكان هنالك في أعضاء التماسل
أو استدعى الحال فعل عملية لها ات الطبيب المولود في تلك الحالة يحصل به

اطمئنان اكثر من القابلة لقدرته على معالجة العوارض اذا عرضت
فلقابلة انما تكفي في ابسط الاحوال فتتم لوازم حفظ المرأة ومراعاتها بخلاف
الطبيب المولد فانما يحفظها في اواخر ازمة الطاق وفي نواجع الولادة اذا علمت
ذلك علمت ان النساء القوابل هن القائنات باعظم جزء من الخدمة لان اكثر
الاحوال انما تستدعي من الاحتراسات ما يتعلق بهن بخلاف الطبيب المولد
فلا يحتاج اليه الا في الطب والجراحة ولما كان الغالب ان عائلة المرأة لا تتأدى
مولدا وقابلة معا الا نادرا وانما تتأدى احدهما فقط وكان في المولد قدرة على
فعل ما تفعله القابلة دون العكس كان الطبيب المولد هو الاول بالنداء

واذا استند من قال بتقديم القوابل على الرجال المولدين بما ذكر في التواريخ
القديمة من ان اليونانيين اخترعوا في خرافاتهم آلهة مؤنثة تقوم بوظيفة
الولادة تقول له ان الرومانيين ايضا نصبوا لذلك تماثيل مذكرة به فان قيل قد
سمع ايضا في التواريخ ان بعض نساء الملوك المتقدمين لم يقربهن في الولادة
الا النساء القوابل تقول نعم غير انه كثيرا ما كانوا يحضرون بالقرب منهم في المنزل
نفسه حكاه مولدين خوفا من حدوث عارض كما وقع ذلك في ولادة الملكة
فرانسازوجة الملك لويز الرابع عشر فانه كان معها نساء قوابل غير ان الطبيب
بوشير اخفى نفسه في بيت هناك خوفا من حدوث عارض لها على ان اول
ولادة وقعت في الدنيا كان المباشرة لها ذكرا وهو آدم عليه السلام
مع حواء

ومما هو معلوم ان بلاد اوربلا ابتداء فيها التمدن وكان لم يرل في اهلها بقية توحش
كان المتعل لانعاف النساء عند الولادة وغيرها هن النساء القوابل ثم لما
تقدم التمدن تحملت الاطباء تلك الوظائف حتى صاروا مولدين بالفعل وسيما
لما طلب منهم دراسة هذا الفرع من الطب بحيث صار لهم بالقوانين مباشرة
ولما صارت عادة الاوربيين منوطة بالحرية والاطلاق ولم تمنعهم اعتياداتهم
من مباشرة ذلك كانت الاطباء عندهم هم المطلوبون اكثر من النساء
ولم يرل ذلك جاريا الى الآن في بلاد الانكليز والتميسا وفرنسا وايطاليا

ولنسبائنا والبرققال والبلاد المجتمعة بالاميرة وغير ذلك ونفخ انما من ذلك
ان التقدم الطبيعى للاجتماعات البشرية يستدعى ان يقول الامر لان يكون
المنهاطى لذلك هم الاطباء دون غيرهم ثم اذا ملست النساء ذلك واتقن
دراسته في المداوى وعهدهن بحيث صرن اهل الانعام ذلك بانفسهن وبجاسدن
على عمل العمليات الكبيرة كلن من الانصاف الحاقهن برتبة الاطباء وذلك
لانهم يلدن لان من علمتنا منع اطلاق الرجال على النساء الا ان الناس يقولوا
في ذلك والحق اولئك المنع سوله اقتضته الضرورة ام لا فترى المعظم منهم
لا يسمع لامرأة من عالمتها ان يلقى اليها طبيب ويعالجها بل لو قيل له ان لم يأتها
طبيب بعالجها خشي على حيلتها يقول اريد ان تموت ولا يطالع عليها احد
فانظر كيف يسبب في قتلها بذلك مع ان ديارتنا تحصى بان الضرورات
تبيح المحذورات ومن الذي تهرل عليه شهوة نفسانية عند مشاهدة امرأة
في الحياة على سريرها وهلة المنظر مفرقة للنفس ولا سيما اذا كان معها امرأه
تسلم النفس من النظر اليها ومن شم رائحتها كاهرة مسهولة او مصابة بحصى
شديدة حقة او قروح كريمة وغير ذلك ولكن نرى اعقل الناس واصحهم
مصارف يتادون الطبيب لا لهم وعائلتهم عند ما يحصل لهم اذى فوعك
ويهلون له ان يفعل في المرأة ما تقتضيه مناعتهم من كس ومنشاهدة للاعضاء
وبغير ذلك وذلك لعلمهم بان مثل تلك الاشياء مختفزة في تلك الحالة وان ذلك
اولى من ان تترك لهلاك محقق او قريب اليقين وبذلك يخلصون من ذنب نسيهم
في قتلها بعدم اعراضها على طبيب حاذق وامين نسأل الله ان يوسع معارفنا
ويزيل من اذهاننا الرغوات الخالفة للشرع والعرف والاعتدال بجاه مجذولة

الباب الثالث

في نبذة تاريخية تحتوي على سبعة فصول

لا ينبغي اشتباه الوظيفة نفسها بالعوارض التي تعرض لها فان الولادة
البسيطة عل أي عضو شق مؤلم لامرأة فاذا تضاعفت بغيرها عدت
من الظواهر المرضية بل من الامراض الثقيلة جدا في حالة كونها وظيفة

طبيعية لاستدعى الاقابلة او جارة او قريبة من اقارب المرأة تحضر معها
بخلاف ما اذا كانت مرضا فانها استدعى زيادة على ذلك طبيبا اى جراحا ما هرا
ولما كان الاصل حصول الولادة بدون تعسر وذلك انما استدعى وجود النساء
القوابل لا الاطباء المولدين الذين لا يحتاج لهم الا عند التعسر كان وجودهن
متقدما فى الزمن على وجود المولدين اذ لا يصح ان يقال ان عسر الولادة متقدم
على سهولتها

الفصل الاول

فى النساء القوابل

فكانت النساء القوابل هن اللواتى يقبلن اعانة اخواتهن مدة طلق الولادة
فى الزمن الذى كانت صناعة الشفاء فيه قواعد تجريبية واصولا عامية
ماخوذة من كلام العامة واما الرجال فلم يتيسر لهم الاشتغال بذلك الا بعد
اكتسابهم معارف تشرى بحكمة وصحة وعلاجية واسعة ولذلك لم يذكروا
فى التواريخ القديمة الا النساء القوابل لا الاطباء المولدون اذا كان الكلام
فى شىء متعلق بالولادة فقد تكلم بقراط على قابله تسمى اكيداس وفى كتب
افلاطون ودوجينوس ان فانيريت ام سقراط كانت قابله وقال ارسطاطاليس
ان القوابل عندهن مهارة فى قطع الحبل السرى وبلينوس ذكر كثيرا
من القوابل وامثال ذلك كثيرة يعلم منها ان النساء القوابل هن اللواتى كن
يراعين النساء فى الولادة عند العبرانيين واليونانيين والرومانيين وغيرهم
من بقية العالم ونقل الينا فى التاريخ من اسمائهن كثيرة قد ذكرانه كان فى زمن
فرعون مصر سيفورا وفورا وهما اللتان امرهما بان يقطع عن كل مولود
عبرانى حبل السرة بكيفية تؤدى الى قتله وفى الخرافات اليونانية كثير من
الاسماء مثل لوسين ومنيرف واومفال وغيرهن سوى ما ذكره مؤلفوهم
فى كتبهم الصحيحة مثل لستينيا ومايا وماريا وجرثا ومنهن من ظهر اهل اسم
وصيت فقد نقل الينا اتيوس عن قابله تسمى اسباريا بعض مسائل علمية تتعلق
بهذا العلم ويظهر انه كان لها شأن كبير عند اليونانيين وانها كانت تعرف

ان تسقط الحوامل وتصور للنساء عقيسات وذلك وان كان الآن ممنوعا عند
الاطباء الا انه لا يقدح في علمها وشهرتها بحسب زمنها اذ كان ذلك في تلك
الازمان تعترية احكام فصاره يكون مباحا بل واجبا في شريعتهم ولذلك تكلم
بقراط على الاسقاط بصورة كونه حكما شرعيا واذكر جالينوس امرأة تسمى
ايلافتيد كانت عالمة ايضا بصناعة زينة النساء والقبالة المشهورة طروولا
التي كانت من مدرسة سالونوم وصعديها كثير من المؤرخين الى القرن الثالث
عشر يظهر ان كتاب الصغير هو اول كتاب الف في خصوص الولادة واما عند
القوابل في رتب المؤلفين بالفعل فانما كان في زمن قريب زمننا هذا وظهرت
مؤلفاتهم بقرائنا وغيرها من بلاد الاوربا

الفصل الثاني

في الاطباء المولدين وحالة العلم في التاريخ القديم

عدم ذكر اسماء مولدين في التواريخ القديمة لا يدل على ان الاطباء كانوا
لا يعرفون هذا الموضع لان قدماءهم ذكروا في كتبهم ما يفيد معارفهم (فاولا)
كان بقراط المولود قبل التاريخ المسيحي بستين واربعماية سنة شمسية يعرف
ان الطفل لا يمكن ان ياتي لاه ضيقين الا بالراس او الحوض او الجذع ولا يمكن
ان يخرج الا اذا نزل باحد طرفي قطره للكبير ويلزم ادارته اذا كان موضوعا
بالمرض ومن حيث انه كان لا يعرف جفت الولادة قال ابن الراس يجذب
بشك الاصابع في القم اولدقن على هيئة كلاب سيما اذا مات الجنين ولم تنجح
الادوية ولا الاهتزازات والوثنيات التي تفعلها المرأة وكان يعرف ابن الولادة
بالقدمين خطرة ويختار حينئذ ان يدار الجنين حتى ياتي الراس وتكلم ايضا
على خروج الذراع وقطع هذا الطرف وعلمية تقطع الجنين وتحلبص المشيمة
ورباط البطن وغير ذلك (وثانيا) ان جالينوس المولود سنة احدى وثلاثين
ومايه من التاريخ المسيحي ذكر زيادات في بعض بيانات تعليمية فهم واول
من قلل ان عضلات البطن تساعد على اندفاع الجنين وعلى رأيه لا يتقلب
الجنين الا قرب الطلق (وثالثا) ذكر سيلسوس الذي كان في القرن الاول

المسيحي مختصر الولادة ذكرنا جديدا فقال اذا انقبض الرحم ينبغي انتظار زوال
 الانقباض او مقاومة التشنج قبل ان توجه اليدها والجنين الحى قد يخرج
 بالرجلين فاذا مات صاح ان يدار حتى يأتى رأسه او قد ماها فاذا نزل بالعرض
 امكن ان يقطع ويخرج بعد ذلك بالكلايات وينبغي فى الولادة بالقدمين ان
 يسوى الحبل السرى خوفا من ان يتمزق او ينضغط فاذا بقي الرأس وحده
 فى الرحم لزم الضغط عليه وذلك يكون باحدى اليدين على الخنثى والاجتهاد
 باليد الاخرى عند ذلك فى جذبه الى الخارج وذكر سيلسوس ايضا
 انه يزال الدم المتجمد الذى يبقى فى تجويف الرحم بعد تخليص المشيمة (ورابعا)
 يوجد فى مجموع ايتيوس وصايا سيلسوس التى هى مختصر علم الولادة
 فى زمنه الا انه اتسع فيها وذكرها فى جملة مجاميع وخص ابوابا منها لافراض
 الاطفال والولادة وكان ايتيوس يونانيا ودرس الطب بمدرسة الاسكندرية
 وكان موجودا فى اواخر القرن الخامس العيسوى واولائل السادس (وخامسا)
 كان بوليجين فى المارستانات الجليلة طبيب النساء وكان موجودا فى القرن
 السابع العيسوى وافاد دروسا عمومية فى الولادة تلقتهن منهن نساء قوابل من
 قبائل كثيرة وهو الذى قسم الولادة الى طبيعية وشاقة وقال ان خروج المياه
 قبل او ان خروجها يكون سببا لحصول الحالة الشائبة اى الولادة الشاقة
 وتكلم على كسبى الولادة ومنع الاهتزازات والوثبات التى امر بها بقراط وقال
 اذا جاء الجنين بيده ينبغي ان يدفع المنكب بان يوضع الاصبع تحت الابط واذا
 جاء بقدميه تمت الولادة بذلك وانما امر بان يجذب جذبا مخرقا واسهلا راي
 وامر بوضع الكلايات على القعدة وقال ان ثقب الجمجمة يكون احيانا
 لازما ليمكن مسك الرأس بالحقوت وان الاحسن انتظار تخليص المشيمة
 من نفسها وذلك اولى من ان يستعان على خروجها بقوة خارجية عند
 ما تكون الرحم متهيجة

الفصل الثالث
 فى حالة علم الولادة فى التاريخ المتوسط

أما حال تعلم الولادة في التاريخ المتوسط الذي هو من سقوط مملكة الرومانيين
سنة ٤٧٥ عيسوية من فتح القسطنطينية على يد محمد الثاني سنة ٤٥٣
عيسوية فنذكرها عند ثلاثة من القبائل اليونانيين والعرب والفرنسيين
إذ لم يكن ذلك العلم اذ ذاك عند غيرهم فالإيونانيون خرج منهم في ذلك الزمن
نساء جواريل لا حاجة لذكرهن لأنهن لم يزدن شيئاً على ما في رسالة طودولا
وأما الرجال فنحصل منهم موسكيون والزمن الذي كان موجود فيه غير معروف
أجيد لو انما نزلنا كتابنا عنهم في موضع موثق في اعلا رتب المولدين وكان
يقول ان من النافع تغيير وضع المرأة ليتغير الوضع الغير المناسب للجنين وان
الولادة بالقصد من تقرب في السهولة من الولادة بالرأس وانه اذا جله الذراع
حازان يفتش على القدمين لكن الاجس من ان توصل الرأس بهما سيما
في الاوضاع المستعرضة وان القعدة يلزم ان تأتي من الامام وان الرحم
قد يعضى فيها المجرافات وانه لا بأس بربط الحبل من تخليق قبل ان يقطع
من المينافه بينهما

وأما العرب فظهر منهم أشياء مخترعة جديدة وذلك لانهم اذ نزلوا من زمن
موسكيون الى زمن العرب ترى انه ظهرت تعسرات كثيرة في الولادة فالتزموا
ان يجتروا العلاجات آلات فمنهم ابن سينا تكلم على جفت يصح ان يكون
اصلاً لجفت الولادة المستعمل الآن واوصى هذا المواقف الماهر بكسر الرأس
بكلاليب اذا كان كبيراً جداً بحيث لا ينفذ من الحوض وذلك هو ما تمسك به
في الأزمنة الاخيرة وذلك هو الذي ذكره الشيخ الرئيس ايضا جله فصول في الحمل
والتناسل وما يتعلق بذلك وفصولاً اخرى كثيرة ايضا في انواع من الوضع
في الولادة وما يتعلق بذلك

ومنهم ابو القاسم الزهراوي كان اعظم اهل زمانه ولم يقل شيئاً زيادة عما وجد
في كتب اليونانيين سيما اتيوس الذي كان مقبولا عنده ويثبوعاه بخلاف
ابن سينا فان اظهار انه اعترف معارفه من بوليجين وانما الذي يدنا على
معارفه في الجراحة فخر اعلمه آلات كثيرة في ابواب كثيرة من كتابه ومنها

الاشكال الاربعة للجنون والدافعة ذات العكاز والملوقين الحاذين وغير ذلك
والحالة التي ذكرها في جنين خرج مقطعا من جدران البطن يقرب للعقل
انها اول مثال عرف لتساقى تمزق الرحم

ومنهم الرازي الذي اشتغل بالطب قبل ابن سينا وابي القاسم وكما لا يحتوى
على شيء لم يذكر قبله

واما الفرنسيون فانما كان منهم شخص يقال له جى من شولياك وكان اعظم
مقلدا للعرب وقال اذا مات الجنين فلتجهد القابلة في اخراجه باليد واجذبه
بكلا يداها واذا لم تخرج المشيمة بجميع ما يحرض خروجها الزم ان تدخل القابلة
يدها مدهونة بمادة لغاية في الرحم وتلتقطها باطف

فانظر كيف كانت اصول صناعة الولادة الى ذلك الزمن مهمة رديئة الوضع
ولم يجمع احد الى ذلك الوقت هذه القواعد حتى يتكون منها مذهب
واحد وانما نهاية ما يظهر ان الذي قارب ذلك شخصان فقط وهما بوليجين
وموسكيون

فقد ظهر لئان معظم اطباء بل كلهم تكلموا على الولادة في كتبهم اعني انهم
ذكروها مستتة في ابواب منها يدون ان يقع في زمنهم تكوين فرع مخصوص
من الجراحة وذلك لان الطب اذ ذاك كان علما واحدا وان الشخص
المتعاطي له كان في العادة يمارس جميع فروع

الفصل الرابع

نالت في القرن السادس عشر المسيحى

الاول روديون كان على رأس هذا الزمن والف كتابه سنة ١٥١٩ ورفعه بوش
حتى جعله سنة ١٥٠٤ قال المؤلف ورايت كتابه مطبوعا باللطيني ومؤرخا
بسنة ١٥٣٢ وترجم بالفرنساوى ١٥٣٦ وهو وان كان صغيرا الا انه جليل
مع انه انما يحتوى على ما قاله بقراط وايتيوس وبوليجين وموسكيون
وابن سينا وكثيرا ما يتقل عنهم ولكنه لصغره لم يحتو على قواعد واضحة الادراك
وصور هذا المؤلف صورة كرسى ولادة واشكال بعض اوضاع الجنين وشكل

تخص مشوه الخلقة ذى رأسين

الثاني روي بالتصغير وجد بعد روديون حالا واعترف مما اعترف منه ايضا
وترك لنا اشكالا مشابهة لاشكاله وهو الذي اتفق جفوت ابن سينا
وابن القاسم ومماها باسماء مخصوصة وظهور هذين المؤلفين كان سببا للتغير
الذي وقع في صناعة الولادة فانفصلت بهما حيث نشد من الشجرة الكبيرة
الطبية واهتدى بهما القوابل والاطباء في الممارسات

الثالث فرنكوس وبابويه الذين اثبتا اسكان الولادة بالقدمين وانها ليست خطيرة
وان المناسب في الاوضاع الرديئة تحويل الجنين ينزل بهما اذا سهل وجد انهما
وان ذلك اولى من ان يقش على الرأس والحركة الميخاكية اللازمة لذلك
مذكورة بايضاح في الكتاب الصغير الذي ألفه بابويه سنة ١٠٧٣ واعادها
ثانيا في كتابه الكبير وانتهى الحال باختيارها عموما

الفصل الخامس

حاله في القرن السابع عشر

(الاول جيلوس) اخذ قواعد بابويه وضم اليها ما عساه يسمى ذلك بالولادة
السعيدة وهو كتاب من جملة كتبه ذكر فيه مع التفصيل رأى قرطبان الذي
كان من اشهر الممارسين ومعاصر البابويه وربما كان هو اول من اعطى دروسا
حقيقية في الولادة وكان جيلوس يعرف الانقلاب وقد نقب المشيمة كما امر
بذلك مجرى في حالة التزيف وفي اندغام هذا الجسم على الفوهة والظاهر ان له
وصية تمزيق الأغشية وان تولد المرأة بعنف اذا ظهر نزيف كثير مدة الطلق
وبالجملة فمن جيلوس هو اول الازمنة العظيمة للولادة . الثاني سان جرمان
كان متبعا لآراء جيلوس والظاهر ان اتبهاها انما كان لان يختصر للنساء
القوابل كتابا صغيرا يحتوى على ما يلزم لهن في صناعة الولادة ثم ظهر في النصف
الثاني من القرن السابع عشر مورسوس وفيارديل وبورطال وبوه
وكتبهم معدودة في الدرجة الاولى من كتب الفرنسية ولذا كرههم على الاثر
فنقول . الثالث مورسوس طبع كتابه اولا سنة ١٦٦٨ ثم طبع بعد ذلك

سبع مرات وكان زهرة زمانه في علم الولادة ومعظم معارفه كانت في علم
 الجراحة المتعلقة بالولادة ويحتوى ذلك الكتاب على تنبيهات ومشاهدات
 غنية في الحبل المتري والولادة وتخليص المشيمة وقواعد الولادة غير انه لم يزل
 فيه بعض غلطات وآراء غير مقبولة فقد قال ان الرحم ترق مدة الحمل وارتفاع
 العانة لا يبين اصلا ويغنى ان تحرب المشيمة مع الطفل للنار عند قطع
 الحبل وربطه وكان هذا المؤلف ضعيفا قاسيا ملوئا باغراضه سني بالسريرة
 مع القرائل ومع معاصره
 الرابع فيارديل لم يذكر في كتابه الا بعض موضوعات في الممارسة وقد كرس فيه
 ان الولادة بالوجه ممتعة وانه ينبغي ان يحصل الخنثى بان يذهب الجراح للجهة
 باطراف اصابعه مغطاة برقادة محفوظة من الخارج برباط وله ان غير ذلك
 ولم يكن حكيميا ولا طبيعيا ولا جراحا ما هو اولئك شذ في كثير وعاب على كثير
 من العلماء لانه كان يستند الى رجل عظيم وبذلك تجانس على كتابة تلك
 الخاطى فيوزن على كتابا صغيرا للنساء القرائل وعلى آخر الرجال المؤلفين
 والجراحين وكتاب مختصر من ديونك
 السادس من بورطال تبع فيارديل في كونه جمع جملة مشاهدات ولكنه ترك
 قواعد فلاحية لمنع كنهها
 السابع فيليبوس من بورطال جليل القيد وله مشاهدات قوية مع موزن
 وتظهر في هذا القرن السابع عشر مؤلفات خلافا ما ذكره مشنل زوش
 وميلقيوس وميركرانس وبوشير وغيرهم وفي ذلك الزمن الذي ظهر فيه هذا
 العدد الكثير من العلماء المولدين الذي القوا كتب عديدة بقرائن ابتداء في بلاد
 الاقلية ظهر وزهنا القس فظهرت بعدهم عائلة تسمى شجراين جاجا حدهم
 الى باريس اقيمت محسن اعماله غير انه لم ينل من ذلك نجارا ولم يأخذ اهلها
 بالقبول كما كان يتوهم ورجع الى بلاده بدون ان يطلع احد على سره الذي
 جانه ويقر بالاعقل انه جفت الولادة

الفصل السادس

(حالته في القرن الثامن عشر المسيحي)

(وانذ كر لتلك الحالة ثلاثة ادوار في ثلاثة مباحث)

المبحث الاول

حالته في الدور الاول من القرن الثامن عشر

حصل لهذا العلم تقدم في ذلك القرن وكان في ابتداءه مؤسسا على قواعد بارية وجياموس التي وسعها مورسوس وبوه ولم يكن ذلك مخصوصا بفرا نسا بل ظهر له ايضا في جميع الاوربا عزة جليلة كما ان اول فرانسوا ظهر في باريس ثلاث مؤلفات لثلاثة اشخاص وهم امان وديونيس ودولاموت فاما امان فانه كان متوسط الحال بين فيارديل وبورطال وما ذكره في كتابه في انواع الولادة والانزفة وانسداد القرح وانقلاب الرحم وغير ذلك من المشاهدات لم يوصل الى ارجاع تلك الاشياء لاصول كلية وهو الذي اخترع نوع الشبكة او السلوك التي استخدمها الجذب الرأس واما ديونيس فيظهر انه اخذ كتاب بوه انموذجا لكتابه وتراه في كتابه منبسطا ضحا كاسليم السريرة ويتذهب ويمازح بكيفية جميلة مقبولة وهو الذي قال في ذلك الكتاب ان المضغ اى القطع اللحمية المسماة باليونانية مول والنطف الكاذبة ناتجة من علوق غير تام فلا يمكن حصولها الا للنساء المتزوجات وان سرير الطلق نافع وان خالف في ذلك مورسوس وان الجنين يلزم غسله بنبيذ اجرو له اراء سوى ذلك ايضا

واما دولاموت فهو التابع لمورسوس او المكمّل له وهو في كتابه لطيف الصفات لا يدخل في مشاجرات تتعلق بموضوعه وله قواعد جليلة منها ان انقلاب الجنين امر توهمي خيالي وان الولادة بالعدة وبالقدمين من الولادة الطبيعية وان استدارة الحبل على عنق الجنين يعوق خروج الجنين وله غير ذلك مما يطول شرحه

وظهر

وظهر في زمن هذه المؤلفات الثلاثة اشخاص مؤلفون كان لهم صيت عظيم وهم ديفورج الذي عصى ولم يقطع صناعته ولا كويس الذي كان من عادته ان ينام قرب المرأة التي في الطلق ولا يستيقظ الا اذا تفجر القرن وبوشر الذي حدى نفسه في محل مدة اوجاع ملكة فرانسوا زوجة الملك لويز الرابع عشر وانخص منهم قلميأت الذي مارس ممارسة جيدة واكتسب منه تلميذه بروس معارف جليلة ثم صار قلميأت مولد البنات المولود عائلتهم

(الثاني البلاد المنخفضة) اشتغل في هذا الزمن بعلم الولادة اهل بلاد الفلمنك فظهر رويس الذي ادعى انه مارس الولادة نحو خمسين سنة وما اضطربوا بالوضع اليد في الرحم لاخراج المشيمة ومنهم دونستير الذي كان اول ساعاتها ثم اشتغل هو وزوجته بهذا العلم ولم يشتغل بالعلوم الجراحية الا فيما بعد وكان سليم الذهن حصل كثيرا من العلوم في زمن قليل واليه ترجع المعارف الاول لمحور المضيق العلوى ولتقوس الحوض ومن قواعده ان يملك الرحم مدة الحمل لا يتقص بل هو دائما واحد بل ربما زاد ايضا وقبله لم يشرح احد انحرافات الرحم والانواع الاربعة التي ذكرها لذلك توجد في الممارسة وينسب اليه بعض غلطات كادخال اليد في المهبل لاجل الضغط على العصعص وطرف العجز

(الثالث بلاد الاقلية) ظهر فيها كتاب من كتابة ويلوجي صعدوا في تاريخه الى سنة ١٦٧٠ وكتاب صغير لا يفرار و مرشدا لقوا بل لكواسير وكتاب تومسون وغير ذلك وفي سنة ١٧٢٩ اظهر سمسون مذهبه في الرحم وظهر غير ذلك ايضا

(الرابع النمسا) لما ظهر عند النمساويين والسويسيين روديون ورأيف بالتصغير مكنت هانان القليلتان خلف الناس في النصف الاول من القرن الثامن عشر حتى ظهر هستير الذي لم يكن في الاول مولدا فتقدم حتى الف في علم الولادة

والى هنا انتهى الدور الاول

المبحث الثاني

(حالاته في الدور الثاني من القرن الثامن عشر)

(الدور الثاني من هذا القرن نرى من جديد لهذا العلم)

(الاول فرانسوا) اشتهر في هذا الدور بفرانسوا بجله من المهرة وضعوا للامور
الواقعية والمشاهدات اصولا عامة اشتهرت وتنورت بها بلاد الاوربا كلها
فمنهم جريجوار الذي لم يعرف الا ينقل تلامذته عنه خصوصا سميلي ولم يكن
جريجوار يده شيئا وانما علم لما انه في دروسه للتلامذة شرح مع غاية الاتقيا
عزقات الرحم واستعمال الحكيم وال منه اراءه في انقلاب الرحم الى الخلف
واختراع جريجوار وحوض عمله من اعواد خشب الصمصاف والخنا وغطاه بجلد
وجعل للتلامذة تمارس عليه الولادة (وممنهم برون) اخذ العلم عن قبيات
وكان احدا باب ديوان الاطباء الجراحيين وهو اول من لقب بمعلم الولادة
والذي صيره شهر عن كتب على الولادة بمجائه في بعض امراض النساء اللواتي
في الولادة وفي الرسوبات البنية والاسهات المبرضية في الرحم وسمي بطريقته
لانتهاء الولادة في احوال النريف مدة الطلق وكان اعظم في الطب من الجراحة
(وممنهم مينارد) عمل مختصر اجيدا جازيا على طبق التعقل وعلى صورة اسئلة
واجوبة واخذه بودولوك بعد ذلك وجعله اصلا له ومنهم لوفريت الذي صار من
اعظم المولدين واشتهر اسمه بالاوربا وصار فريد عصره وكان صحيح العقل
مستقيما ووضع حسب طاقته صناعة الولادة على القوانين الميكانيكية فشرح
الحوض والانتباض بشرح لم يعرف قبله لاحد وابدا ظهور اشتهاره
باجتهائه وثقتيسته في اندغام المشيمة قرب عنق الرحم وانحصارها في جيب
من الياف الرحم التي يحصل فيها انتباض غير منتظم بعد خروج الجنين والذي
زاد في اشتهاره اختراعه الحقت الرحمي المسمى باسمه وبواسطته قدر على
ان يحول معظم الاجنة الذين كانوا سابقا لا يخرجونهم الا بالآلات المهلكة
لان يأتوا بالرأس بسهولة وبدون خطر في الغالب للام والالجنين ونما يدل
على حبه للآلات اختراعه جاذبة الرأس وجفوت النطف الكاذبة والآلات

البوليسوس (ومنهم بربوت وديلورى اللذان كانا كائنا ما بقايا لوفريت
 وبرزوس فكتاب بربوت في الولادة يدل على انه كان من اعظم الممارسين
 وان قواعده واضحة جيدة واماديلورى فانه وان كان بقية لوفريت الا انه
 كان صحيح العبارة جيد المعنى غير انه ليس له قواعد جيدة تحفظ عنه
 وله الشرف بمعرفة ان الولادة بالوجه تحصل طبيعة بدون استعانة
 من الصناعة (الكتاب الثاني في الولادة)
 (الثاني في بلاد الانقليز) حين كان لوفريت بفرانس اذهب تلميذ قديم من تلامذة
 جريجورى يسمى سميلي الى بلاد الانقليز وعمل بلوندره دروسا جلية والى
 كتابا عظيمة تدل على مهارته ووضع اشكالا لطيفة للرحم وواضع الجنين
 ومجلداته الثلاثة في غاية الكمال وكذلك جفته للولادة وناقب الجمجمة ووجد
 ايضا في ذلك الدور عندهم بوريون الذي شنع في كتابه على سميلي وسلك في كتابه
 في الولادة مسلكا معيبا الا ان له اشياء نافعة فان مباحثته في الدورة الرحمية
 المشيمة وفي تغذية الجنين تدل على مهارته وذكر احوال الامن تمزق الرحم وغير
 ذلك وقال ان عظم الرحم ناشئ من نمو اليافه وذكر الانواع الاربعة للانحراف
 وان قطع الذراع خسارة غير نافعة وكان محبا للاثبات جدا ومعدودا
 من الممارسين الا ان مشاهداته قليلة وفصاحته صيرت كتابه نافعا للعلماء الادب
 اكثر من التلامذة * ووجد ايضا مولدون معاصرون سميلي كما كان ذلك
 ايضا يبارس مع لوفريت منهم ما كولى وكيلي ودوجلاس وغيرهم
 (الثالث في بلاد الفلمنك) ذهب دوفتير الى بلاد الفلمنك اظهر هنالك ثمرات
 باختراع آلات كثيرة فظهر عندهم برون وكبير وغيرهما
 (الرابع في بلاد النمسا) انتشر هذا العلم عندهم على يد ريدري وبلنك فنتشر آراء
 لوفريت وعمما واتقنا وزاد في العلم بواسطة اجتماعهما وتفتيشهما ما ولكن
 اسمين القديم الذي صار في الشمال مثل لوفريت بواسطة كتبه السكثيرة التي
 اشهرها اذهب كتبهما من المدارس لكن بدون ان يضعف منفعتها الحقيقية
 لان كتابه التريبي انما هو في نفسه ضعيف الرحمان في الميزان العلمي ثم انتشر

هذا العلم في جميع الجهات بعد ان كان مقصورا على فرنسا

المبحث الثالث
(حالته في الدور الثالث من القرن الثاني عشر)

(الاول فرنسا) ابتداء كل من بريت وسولريس في اضاءة دور جديد وصلت لثمة
ثمرة الى وقتها هذا فبقيت تبع في التعليم تقريرا بزوس والذي يدل على وضعه
في رتبة عليا رسالته في حركة الوضع ومشاجرته وبجائه في الولادة المتأخرة
وفي سنة ١٧٤٥ عيسويه عمل استرولك دروسا في الولادة للقوابل بالدراسة
مثل بقيت مع انه طبيب الا ان بقيت فعل اكثر من ذلك لانه لزم الممارسة وادخل
نفسه مع معلمي الجراحة مع انه لم يجاسر احد اذ ذلك من الاطباء على ذلك

واما سولريس فتم من الاطباء بمدينة منبليير وتضلع من اراء سوفاج وجاه
باريس وتبع دروس بقيت وتعلق خصوصا بالحكيم بايان الذي ضاعف لوضاغ
الجنين وانتفع منه وارفع بتعلمه الى درجة عليا وقسم الولادة بانتظام الى
اجناس وانواع واصناف فاجتمع عليه كثير من التلامذة ودخل في مناجاة
رتبة جراح بالدراسة وعمل رسالة بحث في تلك المزاجاة وقبل ان يقدمها
ادرك الموت وكانت تلك الرسالة من اعظم المؤلفات فانتدب تلميذ من تلامذته
يسمى دوفوت والف مختصر دروسه وقواعده في كتاب للقوابل

ومن ظهر ايضا في هذا الدور بودولك ظهر صيته بعد قد سولريس وتبع اصوله
واشتهر بها وسبب اظهار فضله ونجاحه تنظيم الهندسة للاوضاع والانتظام
الحسابي للحركات العملية ومختصره للنساء القوابل وكتاب الكبير في الولادة
وبالجمل فكان ارجح اهل عصره في هذا الفن وكان مثل مودروس صعبا
عسرا هاججا ينادم معاصريه ولوبدون حق ففسر صفاته هي السبب القبح
معاصريه فيه ولا تفعاله حتى تعجل موته

وظهرت ايضا امواتان اخر كثير من مختصر لوباس الذي له منازعة في الولادة
المتأخرة ولم يكن في هذا المختصر شيء جيد اصلا وكان بروزه سنة ١٧٧٩
ومدحه لادبيكا كوانا والمقييات مدة الطلق كان سببا في منع اعطائه ادارة بيت

من بيوت الولادة ومنها رسالة كريمة في العملية القيصرية لسيون وكاتب
لوفبرغات في طريقة جديدة للعملية القيصرية وأما كاتب لرواس فلم يتمها
وكان لرواس مؤذيا حسودا واحسن كتبه هو التاريخ الطبيعى للعمل
والولادة ومن جملة ما قال ان الاوجاع الرجعية دورها ست ساعات وان الولادة
المتأخرة تكثر في النساء اللاتي ولدن اولادا كثيرة بخلاف الخمل الاول فانه يقل
تأخره وان عدم حركة الجنين سبب التشوه تركيبه وان اغلب المشوهين يأتون
بالقدمين وله قواعد كثيرة غير ذلك وفي تاريخه طعن في باريه وجملوس
ومورسوس وعلى الخصوص لوفريت ليرفع بذلك قدر روديون ودوقستير
وبيت وغيرهم

وقطولى صاحب مقياس الحوض الذى اشتهر باسمه له بحث وتفتيش في بعض
الاتات وكان يضاد بولدوك في لزوم قطع الذراع احيانا في المجيء بالمسكب
(الثاني في بلاد الانقليز) اشتهر فيه اذ انما بهذا العلم واتسع على يديه في تلك البلاد
وكان اولاضابط صحة في سفينة وهو اول من استعمل الولادة الصناعية قبل
وان الولادة الطبيعية واشتهر بمشاهدات غير ذلك وكتابه جليل يمتوى على
اشياء مهمة وانما آرائه اقل انتظاما من آراء الفرنسيين وكتب جيدا على
امراض النساء بحيث يستدل بذلك على سعة معارفه وظهرت في بلاد الانقليز
ايضا كتاب اخر مثل كتاب اينكستون ووجلاس وسيابلان الذى له
مشاهدات في قبالة ولادة الادميين بولادة الحيوانات وكتاب في امراض
النساء

(الثالث بلاد البلجيك) حصلت عندهم غيرة من لوفريت وولدوك وظهر
عندهم هير بنوس وبقي عندها من ثمراته الى الان ابحاثه وتفتيشاته على عيوب
الحوض والبوليوس وغير ذلك وظهرت عندهم رسالة جلية لمؤلفين مثل
كول وشولنجان وغيرهما ودراسة الولادة عندهم في ياقوب تدل على ان العلم
لم يزل آتيا عندهم في التقدم

(الرابع بلاد السويس وايطاليا) روميرتبع في بلاد السويس الحركة التي

حصلت في باقي الاوربا وكذلك ايطاليا التي كانت في زمن لوفريت ساكنة
هادئة ظهر فيها يانوفي وويسبا و ترانسكلين و تينسي وغير ذلك فتشروا في تلك
البلاد بعض اضرواء حتى اشتهر عندهم اسدروبال الذي كان اوليا ياريرا واتخذ
فيما شيخه لورواس ولما دخل الى رومة المداين جدد محلا عمليا للولادة مثل
ما شاهد في فرانس او كتابه الذي كان اوليا جلد من ثم صار راربعاريا دة زاده فيه
اسكا تجل فيه رايحة مدارس فرانس الا انه لم يشابه فرانس في الضبط والتحقيق
والذي اجتنى من هذا الكتاب من المؤلفين بفرانس بعض تدبيرات نافعة
وان كان الكتاب في نفسه دريما هي التالية بوافين وحدها

(الخامس التيسا) تسلطن في هذا الدورية لاد التيسا ثلاثة اشخاص احدهما
لا كسترف الذي بقي طبع كتابه من سنة ١٧٩٠ الى سنة ١٨٠٢ في كينناج
وثانيه ماسمين وثالثهما بويرويضاف لهم ولا الثالث ايضا بعض اشخاص مثل
استمارك وزاير واخليجير

(الفصل السابع)

(حاله في القرن التاسع عشر الذي نحن فيه)

(الاول فرانس) تقدم صناعة الولادة على يد بولوك لم يرل آخذا في التقدم
وانما ضعه في ابتداء هذا القرن انما كان من الغلطيات والخرافات الكاذبة
التي امتلأت بها اكمله ميلوط وكتاب علم الولادة لتساقب لانهم ما لم يحتويا
على معان سامية ثم لما عرف ان طريقة سولويس فيها تلاميذ غير نافعة اتبذ
لذلك تليد بقي اسمه في زوايا الاهمال مدة ولكن كان معروفا عند اقرانه القدماء
في الدراسة وهو عجز يرفظ من سنة ١٨٠٢ واشتهر صيته وعلا كما كان
بولوك فاخذ في تنظيم هذا العلم وترتيبه ومبدا ظهوره كان برسالتيه في تخليص
المشيخة ومكث مدة طويلة معد التعليم علم الولادة حتى الف كتابا ووضع فيه
صورا مرسومة وسمى ذلك بالبيانات الايضاحية للولادة
ثم جاء بعده قابرون وتبع هذا العمل وهو اكل عقلا واكثر استقامة ولذلك
اكتسب نجاحا في التعليم والمزايدات على الرتب وطبع المؤلفات اكثر من مجريد

واشتهر

واشتهر صيته بالاوروبا بسبب مؤلفاته الجليلة في الولادة وامراض النساء والطب الشرعي ورسالته في المجي بالذراع وفصوله الكثيرة في الجرنالات وظهر ايضا رفيقه في الدراسة غريديان فالف سنة ١٨٠٨ كتابه السكامل في الولادة وامراض النساء والبنات والاطفال ولكن لطوله وعنايته كان متعبا في القراءة وفي ذلك الوقت انهمك على التعليم والتدريس افرايت ودانيو وديزوموس الكبير ودينوس غيران هؤلاء اشتهغوا بعد ذلك بالعمل في المدينة ولم يعرف منهم ما اتخذه لهم التجربة وانما ظهرت بعض رسائل لدينوس وله ايضا نقيش على عرق الرحم وفسق المبيض والاورام الدموية في الفرج والاثداء الصناعية وغير ذلك مما يحوجنا لان نتأسف على فقد هذا الماهر وعدم اشهاره اشياء غير ذلك غير انه بانو مل ان قريبه بودولوك الصغير الذي اظهر لنا سابقا مقامه اهداه على التشنجات والانزفة والالتهاب البريتوني يظهر لنا ايضا بقية اعمال هذا المؤلف وتقول مثل ذلك في ديوان الذي صار يدروسه وبخدمته بيت الولادة هو السابع لبودولوك وابو المولدين الآن فان آراءه واجمائه العملية انما انتقلت اليها بواسطة ولده ديوان الصغير ومثل ذلك وقع من جهة افرايت فان مروس الذي نال منه نجحا عظيما في التعليم اظهر كتابا ذكر فيه الاشياء التي جمعها شيخه المذكور وكل من هؤلاء المذكورين لم يخرج عن آراء بودولوك ومجرب حتى ديزوموس ايضا مع انه عالم مقين والذي يدلنا على وضعه في رتبة شريفة مع كبار المؤلفين رسالته البحثية في الولادة بالحوض وفي الاسقاط وفصوله التي في القواميس الطبية ومع ذلك لم يخرج عن القواعد العامة المعروفة

ثم ظهر قابليتان هما اشهر النساء القوابل وهما ابوافين ولشيل فان بحث احدهما في تركيب الرحم وفي موضوعات اخر نظرية وعملية مما هو منسوب للولادة وتفتيشه العظيم على امراض الرحم وكذا الرسائل الاثني عشر للآخرى وارتفاع منزلتها وعلوها كل ذلك كان مبدأ زمن جديد لعلم الولادة وبقي الامر هكذا الى سنة ١٨٢٣ حتى تقيد معلنا ومؤلفنا قلبوس لعمل

دروس عومية للناس وصار هذا العلم على يديه في غاية الاتقان بمشاهداته
وتأليفه قال واني لم ازل مادحا لودولك وموقرا لمعظم المؤلفين الذين ذكرتهم
ولا اثجاسر على تأليف شيء اوجهه الامع مراعاة خاطرهم غير انه لا ينبغي
ان اختار جميع آرائهم وانما لما وجدت دائرة علم الولادة اتسعت اتساعا عظيما
من آخر القرن السابق الى وقتنا هذا التزمت ان اعترف من الغرباء ومن حكماء
الاقليم والخطاط كما اعترفت ايضا من الاعمال التي خرجت من مدرستنا
ومن المستنجات المدنية انتهى فكان كتابه هو احسن الكتب المولفة الا ان
واصحها ومن ذلك الزمن الى وقتنا هذا لم يؤلف كتاب مناسب لباريس
واما كتاب هنان فانه مختصر في غاية القصر المحل ومع ذلك فهو غير تام يحتاج
للاستعانة بكتاب آخر وصوره الرسمية يغلب عليها عدم الصحة واما مختصر
دوجيس فيحتوي على معارف عظيمة فهو في الواقع احسن من السابق
ويناسب تلامذة مدرسة الطب الا ان اشكاله الرسمية المتعبة وجمبه وحروفه
السيرة نصيره عسر القراءة والمراجعة فيكون نجاحه قليلا

ويوجد في الخطاط والاقليم لفرانسا مؤلفات مختصرة غير ان اصحابها لم يردوا
بها الاعانة اشغال النساء القوابل وظهرت في مدارس فرانسا الخارجية
عن باريس مؤلفات جيدة النفع وجزئيات وغير ذلك لا حاجة للاطالة بذكرها
(الثاني البلاد المنخفضة) ظهر فيها ايسيموس الذي كان من المتعصبين لعملية
قطع الارتفاق العاني فانه ملك بالبحث والتجربيات لهذه العملية ورسالة
وندنرند في معالجة التهاب البريتوني النفاسي من احسن ما ألف في هذا
الموضوع وكذلك التأليف الجيد لليم ورولينك في احواض انواع البشر
والجدال الذي وقع بين قايرون وجنندات وندسولجان فيما قاله هذا الاخير
في الحركة الميخا نكية للولادة بتحقيق قوة عقله وثباته على آرائه وسالومون
له تنبيهات مهمة في امتصاص المشيمة ورسالة كبيرة في الولادة المخرضة قبل
اوانها الاعتيادي

(الثالث الاميرقة) البلاد المنخفضة من الاميرقة التي كانت فيما سبق خالية

من هذا العلم ظهر فيها الا ان اشتغال به فيوجد فيها معلمون مهرة في محال كثيرة
من هذه الساحة الواسعة ففي ينقرله ما هر يسمى فرنسيس ترجم دانمان وزاد
عليه حواش وفي فيلدياني هنري الذي ألف كتابا صغيرا في الولادة وهو عالم
مشرح ونيجوس الذي ترجم احد كتب المواقف وعمل رسالة في آلات جديدة
لاستخراج الجنين بالرأس وفي بسطون ما هر يقال له شانين ونختم ذلك بعالم
يقال له دويس هو اقدم الكل واعظمهم معرفة ألف كتابا في التشخيصات
وفي وسائل سهولة الولادة العسرة وفي انقلاب الرحم وغير ذلك وظهر اسمه
في الاوربا حينما اظهر مذهبه وكتاباه في الولادة سنة ١٨٢٥ وان كان هذا
الكتاب غير تام وغير منتظم

(الرابع بلاد الانكليز) توارثت علوم دانمان في تلك البلاد كما توارثت علوم
بودلوك في فرنسا قال المؤلف فنظير دبواس عندنا يوجد عندهم كلارك الذي
ما كتب بيده شيئا قط مع انه بقي زمنا طويلا هو المولد المشهور ببلده ومثل
مجرير عندنا يوجد عندهم داويس الذي عمل كتابا معه اشكال رسمية ويوجد
فيه كتابي كتاب مجريير اعتقادات غريبة وآراء اصطلاحية له ونعقلات غير
مستقيمة ومثل فابرون عندنا يوجد عندهم بورن ارتفع على معاصريه من
اهل بلاده بنجاح قواعد في الولادة ومثل ديرزموس عندنا يوجد عندهم
ميرمان ومثل دوچيس عندنا ريان عندهم عمل مختصر اصغرا يحتوي على
ما هو احسن في الولادة ومثل هتان عندنا يويل عمل مختصر اغيرا تام وعندهم
مؤلفات كثيرة غير ذلك

(الخامس السويس وايطاليا) بلاد السويس التي اشتهرت سابقا في هذا
الموضوع على يد رأي بالتصغير وها لم تكن بعد ذلك في سكوت تام ومن
بعد ان ترجم ريمير كتاب دانمان لم يظهر عندهم الا مختصر اوفان وقواعد مايور
الذي ينسب له اختراع حوض السلوك وهو آلة بدعية يمكن بها ان نشوه هيئة
الحوض بتشوهات كثيرة بها تقلد عيوب تجويف الحوض فتشاهد عليها
جميع الخصوصيات للعمر كان الميخانكية في الولادة وظهر في ايطاليا الساليني

الذي له رسائل في موضوعات كثيرة في علم الولادة قوله الاله المسماة بجاذبة الرأس
وترجمته كتاب استين وغيره يدل على انه فهم جيداً الحركة الميكانيكية لتداخل
العضلات والحوادث واليه تنسب الجبريلت الا ان هذه المهمة لهذا الموضوع ثم صارت
الكتب الكبيرة الموسومة بعد ذلك بقدرة بمصايلها مع المؤلفات التي ظهرت
في القرن الاخير ككتاب وليه وولي وييسكي ونرستيجي وغيرهم
(السادس النجينا) ظهرت تلك البلاد في هذا العلم الكفر من ايطاليا وظهرت
فيها مؤلفات جليلة منها مشاهدات جليلة في كتاب وشير (الاولا) في انقلاب
الرحم الى الخلف الذي طالعه كمال بولسطة آله نسمى مقبلة الرحم وهي آلة
ظن اموسات انه هو اول من تصورها ونمايتها رفع الرحم وتعديله ثم حفظه
في موضعه (وثانيا) على فتق الرحم في حالة الحمل (وثالثا) على اللوبليوس
الذي كان منه ما وزنه اربعة ارطال وشفاه يارباط (ورابعا) على الصياح الرحمي
وعلى اشياء كثيرة غير ذلك ومنها مؤلفات دونش وولده وبقي مشهورا في دياره
في هذا القرن ايضا اكسرف ومنهم مؤلفات بوس وغيرهما مما يطول
شرحه والمشهور في زماننا هذا في هذا العلم يلا دالنيما هو نجيل فالجلد
الاول له الذي في سنة ١٨١٤ ذكر فيه التشوه وانقلاب الرحم الى الخلف
وعيوب الخوض وغير ذلك وله رسائل كثيرة وابحاث جليلة لم يقف عليها غيره
الآن ولكن اجل ما صير من مشاهير الرجال هو كيفية توضيحه الحركة
الميكانيكية للولادة وله مستكشفات جليلة يطول بنا المقام اذا ذكرناها

(السابع مصر) قد انشئت فيها مدرسة للولادة سنة ١٢٤٧ جعلت تلامذتها
من النساء وقيد لهن معلمات من قوا بل الاوربا مع مصاحبة الطبيب على
افتدى هبة ثم انتهى الحال بان صار هو المعلم المستقل لهن الآن وكانت
التلامذة يدرسن هذا العلم في كرايس من ترجمة كتاب هتان كتيها بايديهن
وجعل بجانب مدرستهن ما يؤمن للنساء ليعارسن فيه الولادة وغيره وقد جاد
الزمان وأن الاوان بطبع هذا الكتاب لهن ولتلازمة مدرسة الطب فهو اول
كتاب طبع في هذه اللغتين لهاتين المدرستين نسأل الله ان ينفع به فيعلموا في غيرهما

(الباب الرابع)

(في جداول مختصرة مختوية على فضلين)

(الفصل الاول)

(في تقسيم الولادة عند مشاهير المؤلفين)

طبيعية	١	
١ شاقة	مورسوس	٢
٢ عسرة		
٣ مخالفة للعادة		
١ المسطح المقدم	٣	الحركات المضطربة
٢ المسطح الخلفي		
٣ الجوانب		
٤ الاقدام		

١ الولادة الطبيعية التي لا تستدعي استعانة الصنعة	١	بودلوك
٢ اوضاع القدمين		
٣ اوضاع الركبتين		
٤ اوضاع الاليتين		
١ الولادة المخالفة للعادة التي تستدعي استعمال اليد	٢	٣
٢ عوارض مدة الطلق		
١ عيوب اعضاء النساء	٣	رتب
٢ نشوهات تكون الجنين		
٣ ضعف البنية		

١ طبيعية اي لا تستدعي استعانة شيء	١	دبواس
٢ غير طبيعية تستدعي اليد او الجفت او غير ذلك		
٣ مخالفة للعادة تستدعي فصل اجزاء من الام او الجنين		
		ذير زموس
		بوافين
		لشليل

{ تدخل في ذلك كل ولادة تنتهي من ذاتها }	١ الجمجمة	{ الولادة السهلة }	{ قلبوس
	٢ الوجه		
	٣ الحوض		
{ تدخل في ذلك كل ولادة تستدعي الاستعانة	١ التزييف	{ الولادة الشاقة	{ رتب
	٢ التشخيصات		
	٣ انورسما		
	٤ الفتوق		
	٥ مغسوط الحبل		
	٦ بسبب مرض المرأة		
	٧ ضيق الحوض		
{ ولادة تستدعي الاستعانة	٨ بسبب اوضاع معيبة		
	٩ بسبب الضعف		

(الفصل الثاني)

(في اوضاع الجنين عند مشاهدته المولدين)

١ القمجدوة خلف التجويف الحق الايسر	{ القمجد	{ الاول بودلوك
٢ القمجدوة خلف التجويف الحق الايمن		
٣ القمجدوة خلف ارتفاق العانة		
٤ القمجدوة خلف الارتفاق العجزى الحرقى الايمن		
٥ القمجدوة خلف الارتفاق العجزى الحرقى الايسر		
٦ القمجدوة امام العجز		
١ الجبهة على الاتفاق العاني	{ الوجه	{ الوجه
٢ الجبهة على الزاوية العجزية الفقرية		
٣ الجبهة على التواء الحرقى العاني الايسر		
٤ الجبهة على التواء الحرقى العاني الايمن		

١	العقب خلف التجويف الحق الايسر	القدمان
٢	العقب خلف التجويف الحق الايمن	
٣	العقب خلف الارتفاق العاني	
٤	العقب امام الهجز	
١	الوجه المخدم للساقين خلف الحق الايسر	الركبتان
٢	الايمن	
٣	خلف ارتفاق العانة	
٤	خلف الهجز	
١	الهجز خلف التجويف الحق الايسر	الدبر
٢	الهجز خلف التجويف الحق الايمن	
٣	الهجز خلف ارتفاق العانة	
٤	الهجز امام التنو البارز	
١	معدودة	من تمام ما قبله
٢	عنق	
٣	صدر	
٤	قطن	
٥	عجز	
١	وجه	مسطح خافي
٢	عنق	
٣	قص	
٤	بطن	
٥	اعضاء التناسل	
١	عنق	مسطح مقدم
٢	منكب	
٣	ضلع	
٤	خاصرة	
٥	حرقه	
		جذع

مثل بودلوك		خف
١	الجهة من اليسار	وجه
٢	الجهة من اليمين	
٣	الجهة من الامام	
٤	الجهة من الخلف	
١	العقبان او الساقان او العجز من اليسار	الثاني غرديان
٢	العقبان او الساقان او العجز من اليمين	
٣	العقبان والساقان او العجز من الامام	
٤	العقبان او الساقان او العجز من الخلف	
١	الرأس من اليسار	جذع
٢	الرأس من اليمين	
٣	الرأس من الامام	
٤	الرأس من الخلف	
ليس لذلك	مسطح جانبي	مقعدة
انقسام	مسطح خلفي	
ثان	مسطح مقدم	

١	مخدوي حقي ايسر	خف
٢	مخدوي حقي ايمن	
٣	مخدوي عجزى حرقى ايمن	
٤	مخدوي عجزى حرقى ايسر	
مثل غرديان		وجه
١	عقبى حقي ايسر	الثالث مجرير
٢	عقبى حقي ايمن	
٣	عقبى عجزى حرقى ايمن	
٤	عقبى عجزى حرقى ايسر	
مثل تلك الجوارات		ركبتان
		مقعدة

من تمام ما قبله

جذع	{	ظهور	ليس له انقسام	{	١ البطن	مسطح مقدم
					٢ الصدر	
					٣ مثل غرديان	
					٤	
{	مسطح جانبي	١ حرفقة	{	٢ منكب	٣ اذن	

خف

{	١	محدوى مقدم ايسر
	٢	محدوى مقدم ايمن
	٣	محدوى مؤخر ايمن
	٤	محدوى مؤخر ايسر

قدمان

{	١	عقبى اوقصى او عجزى مقدم ايسر
	٢	عقبى اوقصى او عجزى مقدم ايمن
	٣	عقبى اوقصى او عجزى خلفى ايمن
	٤	عقبى اوقصى او عجزى خلفى ايسر

وجه

{	١	الذقن من الخلف واليمين
	٢	الذقن من الخلف واليسار
	٣	الذقن من الامام واليسار
	٤	الذقن من الامام واليمين

الرابع
قارون

جذع

{	المسطح الجانبي	{	١	المسطح الخلفى
			٢	الظهور
			٣	الوجه
			٤	الصدر
{	المسطح الجانبي	{	١	المسطح المقدم
			٢	الذقن
			٣	الذقن
{	المسطح الجانبي	{	١	المسطح الجانبي
			٢	الذقن

مثل غرديان	خف	
١ ذقني حرقني ايسر	وجه	
٢ ذقني حرقني ايمن		
٣ ذقني عاني		
٤ ذقني عجزي		
	قدمان	الخامس
مثل بودلوك	ركبتان	يوافين
	مقدمة	
مسطح قصبي - مثل بودلوك لكن ايسر له تقسيم ثان	جذع	
١ دماغي عجزي		
٢ دماغي عاني		
٣ دماغي حرقني ايمن		
٤ دماغي حرقني ايسر		
١ القسم الضلعي	مسطح جانبي	
٢ القسم المنكبى		
٣ القسم الاذني		
٤		

١ مثل بودلوك	خف	السادس
٢ مثله ايضا		
٣ هو ٤ لبودلوك		
٤ هو ٥ لبودلوك		
٥ القمعة ذوة من اليسار		
٦ القمعة ذوة من اليمين		
توجد اوضاع كثيرة متوسطة بين ذلك وغير تامة ومنحرفة ليس هناك وضع اخر للجذع	وجه	لشيل
	قدمان	
	ركبتان	
	التيان	
	منكبان	

- ١ الجبهى القمعدوى اعلا التجويق الحقى الايسر
 ٢ الجبهى القمعدوى اعلا التجويق الحقى الايمن
 ٣ الجبهى القمعدوى اعلا ارتفاق العانة
 ٤ الجبهى القمعدوى اعلا الارتفاق الحرقى العجزى
 الايمن
 ٥ الجبهى القمعدوى اعلا الارتفاق الحرقى العجزى
 الايسر
 ٦ الجبهى القمعدوى اعلا الزاوية العجزية الفقرية
 ٧ الجبهى القمعدوى اعلا الحفرة الحرقية اليسرى
 ٨ الجبهى القمعدوى اعلا الحفرة الحرقية اليمنى

خف

مقعدة ثمانية انواع مثل ما فى الخف

السابع
فلامان

- ١ وجه
 ٢ عنق
 ٣ قص
 ٤ بطن
 ١ قفا
 ٢ ظهر
 ٣ قطن
 ٤ عجز
 ١ خند
 ٢ عنق
 ٣ منكب
 ٤ يرقفه
- المسطح المقدم
 المسطح الخلفى
 المسطح الجانبي
- جذع
 ٤ مسطحان
- ١ الرأس من اليسار
 ٢ الرأس من اليمين
 ٣ الرأس من الامام
 ٤ الرأس من الخلف

٤	اوضاع	مثل شجرة يذوقا برون	خف
١	القطن من اليسار		
٢	القطن من اليمين		
٣	القطن من الامام		
٤	القطن من الخلف		
١	التحف من اليسار	جميع ذلك	
٢	التحف من اليمين	٤ انواع	
١	الظهر من الامام		
٢	الظهر من الخلف		
١	الظهر من الامام		
٢	الظهر من الخلف		
١	الظهر من الامام		
٢	الظهر من الخلف		

الاشامن
دوجيس

وجه

منكب ايمن

منكب ايسر

التاسع

دبواس

ديزرموس

دويس

خف

وجه

قدمان

ركبتان

مقعدة

مثل بودلوك

جذع مثل بودلوك الا انه يزال منه التقسيم الثاني

١	القمعدوى الحق الايسر		
٢	الجبهى الحق الايسر		
١	الدقنى الحرقى الايمن		
٢	الدقنى الحرقى الايسر		
١	الحجزى الحرقى الايسر		
٢	الحجزى الحرقى الايمن		
١	الرأس من اليسار		
٢	الرأس من اليمين		

الرأس

الوجه

الحوض

المنكب

العاشر
نجيل

(في علم الولادة النظرى والعملى)

(الكتاب الاول)

في الجزء التشرىحي

التشريح المحتاج اليه في علم الولادة قليل غير متسع لانه فاصر على شئ محدود
لكونه انما يبحث فيه عن الطرف السفلى للبدن اعنى الحوض ومتعلقاته
واعضاء التناسل ومتملقاتها فذلك انقسم هذا الجزء الى تعليمين

(التعليم الاول)

في الحوض

للحوض حالتان لا ينبغي اختلاطهما ببعضهما حالة كونه جيد التكون
وحالة كونه معيبا

(الباب الاول)

(في الحوض في حالته الاعتيادية)

الفرق بين حوض الهيكل العظمى والحوض الذى لم يزل محتويا على اجزائه
الرخوة عظيم جدا بحيث يحتاج لدراستهما منفصلين عن بعضهما

(القسم الاول)

(في الحوض الجاف)

(الفصل الاول)

(في عظام الحوض)

عظام الحوض في البالغ اربعة العجز ثم العصعص من الخلف على الخط المتوسط
ثم الحرقفتان من الامام والجانبين ولا حاجة لاطالة الكلام في القطع المركبة
لثلاث الاجزاء كما فعل ذلك بعض المولدين لان من المعلوم ان القطع
تتصل ببعضها قبل ان تصير المرأة حاملا فلا توجد الحرقفة مثلا كونه
في المرأة حينئذ من ثلاثة اجزاء جرة عافى وجره حجي وجره حرقفى وانما توجد
قطعة واحدة.

(البحث الاول في العجز)

الحجز عظم مفرد موضوع في الجهة الخلفية للحوض بين العظمين الحرقفيين
واسفل الفقرات واعلى العصعص * شكله مثلث مفرطح من الامام الى الخلف
ومقوس في وجهه المقدم والمناسب لدراسته بانتظام ان يقسم الى سطحين
ظاهر وباطن وحافتين وقاعدة وطرف * فالوجه الظاهر محدب بدون انتظام
وبشاهد في وسطه نتوات مصفوفة تسمى بالتنوات الشوكية للفقرات الكاذبة
العجزية ويوجد اعلى التنوات الاول فوهة مثلثة تسمى الفوهة العجزية وهى مبدأ
القناة العجزية واسفل التنوات الاخير يوجد ميزاب مستطيل تنتهى فيه هذه
القناة ويوجد في الطرفين السفليين الجانبي هذا الميزاب جذبتان صغيرتان
في كل طرف حذبة تتصلان احيانا بقرفى العصعص ويوجد على جانبي صف
التنوات الشوكية ميزاب سطحي فيه اربعة ثقب تسمى الثقب العجزية
الخلفية ووحشى ذلك سطح خشن تثبت فيه الاربطة العجزية الحرقفية
الخلفية

والوجه الباطن متعرق في طوله وبشاهد في وسطه اربعة خطوط مستعرضة
تعلن بحمل انضمام القطع التى كان العجز مكونا منها فى الصغر وبين هذه
الخطوط يوجد ميازيب سطحية اتجاهاها بالعرض وعلى جانبي هذا الوجه
يوجد صفان من ثقب تسمى الثقب العجزية الامامية وهذه لثقب
مقطوعة بانحراف فى سمك العظم فيتكون منها فى الجهة الوحشية ميازيب
للقروع المقدمة التى للأعصاب العجزية تسكن فيها فلا تضغط برأس الحمين
اذا وصل لتجويف الحوض

والحافتان الجانبيتان يوجد فى نصفهما العلوى سطح مفصلى يتضم بعظمى
الحرقفة وترتبط فى باقى امتدادهما الاربطة العجزية الوركية * والقاعدة
هى اعرض واسمك جزء فى عظم العجز وتجه الى الاعلى والامام قليلا وبشاهد
فى جرتها المتوسط سطح يضاوى يتصل بجسم آخر قكرة من فقرات القطن
ويوجد فى كل جانب لهذا السطح المفصلى سطح مفرطح يعنى على تكوين
الحفر الحرقفية الباطنة ويوجد فى الجهة الخلفية للقاعدة نتوان مفصليان

في حال الرطوبة مستديرا يترابط في دائرته من كاي الباطن والعلوي
والسطح الباطن يشاهد فيه من الاعلى والامام الحفرة الحرقفية الباطنة
ومن الخلف سطح موصلي مماثل للسطح الموجود على جانبي الحجز وبعده من ذلك
توجد خشونة ترتبط فيها الاربطة الحجزية الحرقفية واسفل الحفرة الحرقفية
الباطنة تشاهد حافة بارزة مقعرة منخفضة تكون جزءا من المضيق العلوي
للحوض وجميع ما يشاهد تحت هذه الحافة العظمية يكون مهيئا على تكوين
تجويف الحوض ويشاهد في هذا الجزء من الخلف الى الامام سطح مربع
يجاوز الحفرة الخلفية ثم الثقب تحت العانة ثم الوجه الباطن للجسم العانة
وفرعها النازل ثم السطح الباطن للحجبة وفرعها الصاعد
والحافة العليا المسماة عموما بعرف الحرقفية مائلة الى الوجود خشبية مقوسة
على هيئة السين الابطاليانية فحينئذ من الامام والخلف الكثر من حزمها
المتوسطة ترتبط فيما جدران البطن والحافة السفلى تنقسم الى قسمين عمودي
ومنحرف فالاول فيه اثر مفصلي يعين على تكوين الارتفاع العاني والحافة
المقدمة مقعرة وفيها من الاعلى الى الاسفل الشوكة الحرقفية المقدمة العليا
ثم شرم صغير ثم الشوكة الحرقفية المقدمة السفلى ثم جيب عريض يرفيه الوتر
المشتركان العضلتين القطبيتين والحرقفية ثم المرتفع الحرقفي العاني ثم سطح
مائل افقي ثم شوكة العانة وزاويتها بخارج والحافة الخلفية غير منتظمة يشاهد فيها
من الاعلى الى الاسفل الشوكة الحرقفية الخلفية العليا ثم شرم صغير ثم الشوكة
الحرقفية الخلفية السفلى ثم الشرم العظيم الحجي ثم الشوكة الحجبية ثم الشرم
الصغير الحجي ثم الحدة الحجبية وعظم الحرقفة في الاطفال مؤلف من ثلاث قطع
حرقفية وحجبية وعانة ثم تأخذ في الانضمام ببعضها حتى تصير في سن البلوغ
قطعة واحدة

(الفصل الثاني)

(في مفاصل الحوض)

العظام الاربعة التي يتألف منها الحوض تجتمع مع بعضها وتضم بخمسة

مفاصل تسمى غالباً بالارتفاقات واحداً لعظمي العناية من الامم واثان
لعظمي الحرقفة والجزء من الخلف وواحد للعصيص مع العجز وواحد للجزء
مع السلسلة

(المبحث الاول)

(في الارتفاق العاني)

الارتفاق العاني يحصل من تقارب السطحين البيضاويين اللذين يقوم منهما
الجزء العمودي من الحلقمة السفلى لعظم الحرقفة وهذا السطحان يتلامسان
بواسطة جوهريتين عظميتين في يسمى الرباط بين العناتين وسنذكره مختلف في جميع
قطر معته التي تشبه الحلقمة او الدائرة البيضاوية فيكون من الاعلى اعظم سمكاً
ومن الامام اخف ومن الخلف اخف من ذلك ايضا ثم يصير حالاً هذا السمك
من الامام عظمياً جدياً حيث يسمى الجسم اللين بالرباط الثلث والرباط تحت
للغاية وهذا السطحان المفصليان لا ينقلان من المركز الا بصفيحة رقيقة
من الغضروف تكون في الصغار بل وفي كثير من النساء البالغات منداة
بكمية قليلة من سائل زلال والوجه الخلفى المقعر يغشيه جزء من السحق
ويشاهد في الوجه المقدم صفيحة ليفية من تلك الطبيعة وهاتان الطبقتان هما
اللتان سموهما بالرباط المقدم والرباط الخلفى للارتفاق العاني وهذا الارتفاق
على رأى فابرون غير متحرك بالكلية في الحالة الطبيعية وخالف في ذلك
ديزموخي وادعى انه بعض حركات وهيئة وضع المفصل تحقق وتثبت رأيه

(المبحث الثاني)

(في الارتفاق بين العجزين)

هذان الارتفاقان يحصلان من تقارب الاسطح المفصلية التي بعضها على جانبي
الجزء وبهضها على الجزء العلوى الخلفى من الوجه الباطن لعظم الحرقفة فالعجز
داخل بين عظمي الحرقفة بحيث يقاوم ثقل الجسم الضاعط عليه من اعلى
الى اسفل والحركات الضيقة لاجزاء البطن التي تميل لان تدفعه الى الخلف
واسطحته المفصلية وان كانت غير متساوية الا انها مغشاة بغضروف سميك

متحرك أى قابل لان يتحرك بجميع الجهات واما اسطحه العظام الحرقفية فليست
مغشاة بنسج وان اخطأ في ذلك بعض المؤلفين حيث جعلها مغشاة بصفيحة
ارق جدا مما يغشى اسطحه العجز ثم ان تلك الاسطحه الغير المتساوية موضوعة
على بعضها بحيث ان تحدباتها تتوافق مع تقاعيرها وتنطبق عليها ويوجد
في محال كثيرة منها جوهر اصفر طبيعيته غير معروفة ويصير قوامه اجد كلما
تقدمت النساء في السن

والوسائط الرئيسة للانضمام هي اولا من الامام بحلة اشترطة رباطية تمر
بالعرض من عظم الى آخر وثانيا من الخلف حزم عظمية رباطية تمتد من الجزء
الجانبى الخلفى للعجز الى الجزء الجوارى من العظم الحرقفى وثالثا من الاعلى
الاربطة الحرقفية القطنية التى تذهب باستقامة من طرف استواء
المستعرضة التى للفقرة الاخيرة القطنية الى الجزء الخلفى من العرف الحرقفى
ورابعا من الاسفل الرباطان العجزيان اللذان يرتبطان من قاعدتهما
في الجزء الخلفى من العرفين الحرقفيين وفي حافات العجز والعصعص
واما طرفهما فالأكبر من تبط في الحدية الجنبية والصغير في الشوكة الجنبية
وهذان الرباطان كما يقعان في تثبيت المفاصل العجزية الحرقفية يقعان ايضا
في اتمام تجويف الحوض من الاسفل والارتفاعان المذكوران يتحركان
حركات قليلة

(المبحث الثالث)

(في الارتفاق العجزى العصصى)

هذا الارتفاق يصل من تقارب سطحين كل منهما نصف يضاوى يشاهدان
في رأس العجز وقاعدة العصعص وهو مثبت اولا بحلقة ليفية غضروفية
موضوعة بين السطحين المفصليين وثانيا برباط عجزى عصصى مقدم مكون
من شريطين جانبيين ينضممان من طرفهما الدقيق على مقدم القطعة الثانية
والثالثة من العصعص فهو يتجه من الوجه المقدم للعجز نحو الوجه المقدم
للعصعص وثالثا برباط عجزى عصصى خلفى وهو شبه استطالة او انقراش

من الرباط فوق الشولة الفقرية الذي يسد القنابة العجزية ويمتد على الوجه
الخليقي للعصعص ورابعا برباطين صغيرين آتين من قرني العجز ومثبتين
في قرني العصعص والقطع العظمية التي يتكون منها العصعص تنضم ببعضها
باربطة مماثلة لما ذكرنا ومفاصل العصعص تتم حركات عظيمة الى الخلف
والامام لكن تفقد تلك الحركات بالتقدم في السن

(المبحث الرابع)
(في الارتفاق العجزى الفقرى)

اتصال العجز بالعمود الفقرى يحصل في ثلاث محال اعنى اتصال وسط قاعدته
مع جسم آخر فقرة من فقرات القطن واتصال نتوئه المفصليين بالتبوين
المفصليين للفقرة المذكورة والوجه الاسفل لهذه الفقرة مقطوع بانحرافا
عظيم بحيث يكون بارزا من الامام اكثر من الخلف والسطح البياضى
لقاعدة العجز مهيئ بمثل ذلك فلزم من ذلك ان انضمام هذين السطحين يحصل
منه بروز من الامام وذلك البروز يسمى بالزاوية العجزية الفقرية
وبالتوا البارز

والاربطة التي تثبت هذا المفصل هي اول الياف غضروفية بين الاسطح المفصلية
غليظ من الامام اكثر من الخلف وهذه الهيئة والوضع يزيد في بروز الزاوية
العجزية الفقرية وثانيا اطراف الرباطين الفقرين المقدم والخليقي بحيث
يمتدان ايضا من آخر القطن الى العجز وثالثا آخر الرباط فوق الشولة الذي يدوم
على سيره حتى يصل الى العرف المتوسط الذي في العجز ورابعا الرباط بين الشولة
الذي ينتبث على الحافة السفلى من النتوء الشوكى للفقرة الاخيرة القطبية
وخامسا الرباط الاصفر الذي يضم صفائح الفقرات مع بعضها وسادسا المحافظ
الزلائية التي تحيط بالنتوءات المفصلية وذكر المؤلف ان عما يخالف فيه هذا
المفصل مفاصل الفقرات وجود رباط حرقى قطعى يمتد من آخر نتوء مستعرض
فقري الى الطرف الخلقى للثلاث المتوسط من العرف الحرقى لالشوكة الخلقية
لثلاث العرف كما اخطأ في ذلك بعض المؤلفين وهذا المفصل العجزى الفقرى

(مفصل الحوض مع الفخذين)

يسمى هذا بالمفصل الحرقفي الفخذي وهو مفصل متحرك لأي حاصل من دخول رأس في حلق فهو يقوم من مماسة رأس الفخذين للحفرتين الخفيتين ووسائط الاتصال هي رباط بين الاسطحة المفصالية يذهب من عمق تجويف الحفرة الحقيمية الى رأس عظم الفخذ ورباط حتى يزيد به غور تجويف الحفرة الحقيمية وهذا المفصل يتحرك لجميع الجهات

خاتمه

بقي من الاربطة المنسوبة للحوض الغشاء السات ورباط فلو بيوس الذي يمتد من الشوكة الحرقفية المقدمة العلوية الى شوكة العانة فيحصل منه القوس الفخذي وقبل انتمائه يتقسم الى شريطين لتتكون من ذلك الحلقة الاربية

الفصل الثالث

(في الحوض الجاف عموما)

الحوض تجويف عظمي ينتهي به الخدع من الاسفل ويكون في البشر موضوعا بين السلسلة الفقرية المرتكزة على جزئها السفلي من الخلف وعظمي الفخذين اللذين يستند عليهما من الامام وشكله غير منتظم ويعبر تعيينه الا انه يقرب اشكل مخروط مقطوع قاعدته متجهة الى الاعلى والامام وطرفه متجه الى الاسفل والخلف

(المبحث الاول)

(في سطحه)

الاول سطحه الظاهر * هو غير منتظم منفعته ارتباط العضلات التي تحيط بالمفصل الحرقفي الفخذي وقائده قليلة في الولادة ويصح ان يقسم الى اربعة اقسام قسم مقدم محدود من الجانبين بالتجويفين الحقيمين ويوجد في وسطه مقدم الارتفاع العاني وعلى جانبيه الحفرة السادة الظاهرة المملوءة بالعضلة

المسماة كذلك وقسم خلقي محدود ببروز العظميتين الخرقيتين ومعظمه بل كله
مكون من الوجه الخلقي للعجز والعصص فيجب ذلك يشاهد فيه العرف
العجزي والفتحة السفلى لقناة الفقريّة والجزء العجزي من الميازيب الفقريّة المماو
بطرف العضلة العجزية الفقريّة والمشايد في عمقه الثقوب العشرة العجزية
الخلفية التي تخرج منها الاعصاب المسماة بذلك وقسمان جانبيان محصوران
بين القسمين السابقين ويوجد فيهما من الاعلى الحفرة الخرقية الظاهرة
ومن الاسفل والخلف الوجه الخلقي للرباطين العجزيين الخبيين ومسطح
التقويرين او الثقيبين المسمين بذلك ومن الاسفل والامام الحفرة الحقيّة التي
تقبل رأس الفخذ

الثاني سطحه الباطن * يصح ان يقسم الى جزئين احدهما علوي يسمى الحوض
الكبير او العلوي والباطني بمقتضى ابعاده او وضعه او ما يحتوى عليه من
الاجزاء وثانيهما سفلي وهو المسمى بالحوض حقيقة وبالصغير وبالتقير
الحوضي

فالحوض الكبير جزء من البطن شكله يضاوي مقور من الامام
تقويرا عريضا حيث يجاور القسم الخلفي ومقور من الخلف ايضا ليقبل
الطرف السفلي للسلسلة وهذا التجويف يقوم من الحفرتين الخرقيتين
الباطنيتين اللتين ينسبان لاهظم الخرقين والجناح قاعدة العجز وهما عموما
بالتعريض السيني للمعاقولون من اليسار وبالمستقيم من اليمين وبعض عرى
من المعال الدقيق من الجانبين

والحوض الصغير يصح اعتباره جزءا من الوسط اعرض من طرفيه
ومقوس من الامام ويحتوى على الاعضاء التناسلية والبولية الباطنة وعلى
المستقيم والاعوية والاعصاب الخلفية والعجزية
والقسم المقدم للحوض الصغير مقور جدا من الاسفل بالقوس العاني ومجذوب
قليلا من الاعلى الى الاسفل ومقعر بالعرض ويحتوى على الوجه الخلقي لجسم
العمامة وعلى القرع الخبي العاني والغشاء السيلاني وشاهد فيه اولا اعلى الخلف

المتوسط عرف عمودي بارز مكون من الجزء الخلفي للارتفاق العاني وثانيا
من الوحشية الحفرتان السادتان الباطنتان اللتان يعلوهما قنطرة
منخرقة من الخلف الى الامام ومن الوحشية الى الانسية ومن هذه القنطرة
المسماة تحت العانة والسادة تذهب العروق والاعصاب السادة من التقعر
الى الجزء الانسي من الفخذ

والقسم الخلفي لهذا الحوض الصغير زائد التقعر وهو يقوم من الوجه المقدم
للجزء والعصعص ومن اصل الارتبطة العجزية الوركية

والقسمان الجانبيان مكونان من الامام من الوجه الباطن للتجويف الخفي
ومن باقى الجزء الجبى من الحرقرة ومن الخلف من الوجه الباطن الرباطين
العجزيين الجبيين وهذان القسمان مثقوبان بالثقبين الجبيين واحدهما
الثقبين علوى اعظم من الاخر يضاهى يخرج منه ثمانى الحوض اولا العضلة
الهرمية التى تذهب حتى تثبت فى المدور الكبير وثانيا العصبية الجبية
الكبيرة التى تذهب حتى تتوزع فى الاجزاء العليا من الفخذ والوحشية الخلفية
من الساق وفى جميع القدم وثالثا الشريان الالى والعروق والاعصاب
الاستحيائية الباطنة والثقب الثانى سفلى اصغر من الاول ومثلث مملوء
بالعضلة السادة الباطنة التى تذهب حتى تنضم بوتر العضلة الهرمية
فى التجويف الاصبعى من المدور الكبير وبالعروق والاعصاب الاستحيائية
التي تدخل فى الحوض لتذهب حتى تتوزع فى العجان

واذا قطع الحوض الصغير قطعاً عمودياً انقسم الى اربعة اجزاء متساوية
فيحصل من ذلك اربعة اسطحة مائلة كل اثنين منهما يميل احدهما نحو الآخر
برأسه فالسطحان المائلان المقدمان يحتويان على جزء من الثقبين الجانبيين
وجميع القسم المتقدم للتعبر والسطحان المائلان الخلفيان مكونان من
الوجه المقدم للجزء والعصعص ومن الرباطين والتقويرين الجبيين ومن المفصل
العجزى الجبى والعادة ان تدور على سطحين من هذه الاربعة اطراف قطري
رأس الجنين مدة الولادة اذا نزل للمضيق السفلى

(المبحث الثاني)

(في مضيقه)

مخرج الحوض الصغير ومدخله يوجد في كل منهما شبه دائرة تسمى في علم
الولادة بالمضيق فهناك المضيقان علوى وسفلى فالمضيق العلوى هو شبه دائرة
اقعية تفصل السطح الباطن للحوض الى جزئين ويسمى ايضا المضيق البطنى
والمضيق الكبير وحرف الحوض وهو مكون من الخلف من الزاوية العجزية
الفقرية المسماة بالتواليبارز ومن الحافة المقدمة لجناحي العجز ومن الوحشية
من البروز الذى تنتهى به من الاسفل الحفرة الحرقية ومن الامام من الحافة
العليا الخلفية لجسم العانة وهو مبروم من الخلف ورقيق كعرق من الامام
وشكله يقرب من شكل بيضاوى او مثلث او دائرة او قطع ناقص اذا كان جافا
فان كان رطبا اى مشتملا على اجزائه الرخوة كان شكله مثلثا فاعده تميل
الى الامام وانحناء محوره اشتغل به المولدون كثيرا منذ قرون وهذا الانحناء
يتناقص في القهود وفي الاضطجاع وفي الانحناء الى الامام ويزيد في الحوامل
وفي الموالى يستخدمون بطونهم لمل الاثقال كما تفعل ذلك البائعات للتمار
والبقول والاسمال ونحوها في البلاد الغربية وفي مدة الجنوع على الركب
وفي كل حالة يضطرب فيها لحفظ الموازنة تميل الطرف العلوى من الخط المركزى
للجسم الى الخلف ومع ذلك هناك اختلافات كثيرة في ذلك بحيث لم تصل
المشاهدات الى استنتاج نتيجة واحدة فمنهم من جعل الزاوية التى تفصل مسطح
المضيق العلوى عن خط افق ماخوذ من الحافة العليا للعائتين الى الوجه
المقدم للجزء خمس او ثلاثين درجة ومنهم من جعلها خمس او اربعين وخمس
وخسين وثلاثين ونحو ذلك بعد البحث في ثمانمائة امرأة جعل الحد المتوسط من
تسع وخسين الى ستين درجة وسيأتى لنا في مبحث التعيير ان هذه الاراء
المختلفة انما هي ظاهريه لاحقيقة

ومحور المضيق السفلى خط وهمى ينزل من القسم السرى على الثلث السفلى
للووجه المقدم من العجز وجميع درجات الانحناء التى يقبلها المضيق تنزل ايضا

على محوره لان ذلك المحور يلزم ان يمر عموديا بمرکز هذا المضيق فالطرف العلوى
لهذا المحور يمكن ان يرتفع او ينخفض على حسب كون طرفه السفلى يبعد
او يقرب لطرف العصص وبالنظر لذلك فوجد اشكال كثيرة جدا
لا ينبغي اهمالها في الممارسة سواء انتهت الولادة بنفسها او لزم فيها ادارة الجنين
او التفتيش عليه باليد او اخراجه بالالات في المختار سبع عشرة درجة يكون
اقرب جدا للخط القمري وفي خمس وخمسين يكون ابعد جدا عن ان تحصل
الولادة بدون اعانة لكن ذكر نجيل قصة امرأة كان فيها هذا المحور موازيا للافق
واخرى كان فيها قائما على عموديا مع ان الولادة فيها حصلت من نفسها وسنجمع
لذلك عند ذكر عيوب الحوض ولتمه ذلك بان نقول ان انحناء المحور المذكور
في البنات الصغار يكون عظيما جدا بسبب انخفاض العانة فيهن واما ما قاله
كبير من انه يكون قريبا لموازاة السلسلة الفقرية فعلاط

والاقطار الرئيسة لهذا المضيق ثلاثة الاول العجزي العاني او المقدم الخلفي
يذهب من ابرز جزء من الزاوية العجزية الفقرية الى الوجه الخلفي من الارتفاع
العاني الثاني القطر المستعرض او الحرقفي المزدوج الذي يذهب من الحافة
السفلى لحفرة حرقفية الى نظيرتها من الجهة الاخرى الثالث القطر المنحرف
او المتوسط الذي يذهب من ارتفاع عجزي حرقفي الى ان ينتهي خلف التوت
الحرقفي العاني ولا حاجة لان نقول ان هذا القطر مزدوج لان ذلك معلوم
وزيد على ذلك قطر رابع ايضا وذلك ان الخط الذي يذهب من حفرة حرقفية
الى الزاوية العجزية الفقرية المسماة بالتوت البارز له مجاورات ايضا كعدد
اهتم بما من القطر المنحرف الحقيقي مع رأس الجنين مدة الطلاق فله عمل في العلم
النظري وفي العمل فيكون المناسب زيادة هذا القطر على الثلاثة الماضية وسماء
المواقع بالقطر العجزي الحقي وهو مزدوج ايضا

وسعة القطر الاول اربعة قراريط على رأى شوسيه واغلب الفرنسيين
او اربعة خطوط على رأى مكيل وسعة الثاني خمسة قراريط وسعة الثالث
من اربعة قراريط واربعة خطوط الى اربعة قراريط ونصف واجتماع هذه

الثلثة بمطى دائرة سعتها تقريبا ثلاثة عشر قريبا ونصف الا ان هذه
الاقطار معرضة لاختلافات كثيرة فينبغي ان يعتبر ما هنا بحسب الاغلب
واما الحد الاوسط لتلك المقاييس على رأى المؤلف فللادول اربعة قراريط
وثلاثة خطوط وللثاني خمسة قراريط وللثالث اربعة قراريط ونصف وللرابع
الذى هو العجزى الحقى ثلاثة قراريط وثمانية خطوط او عشرة

واما المضيق السفلى ويسمى بالصغير وبالعجاني وبطرف الحوض فهو مكون
من الرأس الدقيق للعصص وحافته وحافته الاربطة الحجية والحلبة الحجية
والقرع الجبى العاني فهو جيب ذلك يوجد فيه اول ثلاثة تواتر مثلثة العصص
من الخلاف والحديثان الجيبين من الجانبين وثانيا ثلاثة تقاوير واحد مقدم
عميق يسمى قوس العانة والاخران خلفيان اعنى من الاول وغير منتظمين
اذ لم يوجد الرباطان الجيبان بخلاف ما اذا كانا في موضعهما فان المشربين
يكونان سطحيين وشكل هذا المضيق يشبه بالضبط القلب المرسوم في ورق
الاهب وانما يمكن ان يصير ايضا اوبا بواسطة انة الالب المثلث العصص
او ازالته

وله كالمضيق العلوى ثلاثة اقطار احدها عصص عانى او مقدم خلقى يذهب
من طرف العصص الى رأس قوس العانة وثانيهما من متعرض او جيبى
من دوج يذهب من الجزء الخلقى الانسى لحلبة حجية الى نظيره من الحجة
الاخرى وثالثها منحرف يذهب من محل انضمام القرع الجبى والعانى الى وسط
حافة الرباطين الجيبين والقطر الذى يمكن ان يؤخذ من النقطة العصصية
اى رأس العصص الى حوافى القوس العانى ليس نافعا هنا الا فى حالة تيبس
الفصل السمنى انكيلاوز او عيب الحوض فلا حاجة للكلام عليه هنا
والغالب ان يكون سعة كل قطر من تلك الاقطار اربعة قراريط كما قال ذلك
سابقا وقرع بخلاف المكمل فانه جعل للادول اربعة قراريط واربعة خطوط
وللثاني اربعة قراريط ونسبة خطوط وقيل غير ذلك وانما قابلية العصص للحركة
وانحاء الرباطين الجيبين يصير ان القطر المقدم الخلقى قابلا لان تتسع زيادته

من اربعة خطوط الى ثمانية بل الى اثني عشر بخلاف المستعرض فان الغالب
 تقصه بعض خطوط عن الاربعة قراريط فيلزم ان تكون دائرة المضيق الجحاني
 من اثني عشر قراريطا الى ثلاثة عشر ومسطح المضيق السفلي مائل قليلا الى
 الاعلى بحيث ان الخط الذي يدل عليه يقاطع خط المضيق العلوي امام ارتفاع
 عظمى العانة ومع ذلك قد يوجد احيانا اقبابا بل اسفل عن محاذاة العصص
 وانحساء هذا المسطح الذي هو على رأى ريدروكاروس ثمانية عشر درجة
 انما هو ثلاث درجات ونصف اذا جرد عن العصص

ومحور هذا المضيق يصور بخط مستقيم يذهب من باطن الحوض ويقاطع
 على زاوية قائمة وسط القطر العصصى العاني والطرف العلوي لهذا الخط
 يرتفع غالباً الى الزاوية المعجزية الفقرية بل يوجد احيانا مجاور المحور السلسلة
 ويمكن ان يقرب ايضا لمحور المضيق العلوي فانما الاقنى للمضيق العلوي
 الساقط الى الخلف بثلاثة قراريط وثمانية خطوط او عشرة اسفل الزاوية المعجزية
 الفقرية بحيث يكون انحساره على مسطح هذا المضيق ستين درجة يحصل منه
 ان محور المضيق السفلي يلزم ان يقرب جدا للخط العمودى لانه ينبغي عنه
 بخمسين درجات مثلاً كما هو رأى استين

قال المؤلف ولاجل تحصيل معارف جيدة في هذا المبحث ينبغي على ظنى
 ان ينظر بغير ذلك فاذا فرضنا مثلاً ان العصص ينخفض برأس الجنين وقت
 الولادة كما هو الواقع عرف بسهولة ان الطرف الخلقى للقطر العصصى العاني
 يوجد اسفل من طرفه المقدم فمحور المضيق ينزل حينئذ بانحراف من الخلف
 الى الامام على زاوية من خمس عشرة الى عشرين درجة متجهها من الوجه
 المقدم للقطعة الاولى او الثانية من العجز وناظراً من وسط المسافة الفاصلة
 الجزء المقدم للعدبتين عن بعضهما حينئذ يقاطع هذا المحور في مركز التغيير
 محور المضيق العلوي

والجنان المتور الذي يطيل العصص اى الجدار الخلقى للحوض الى الامام
 بعيد من جهة اخرى ان الدائرة التي يخرج منها الجنين تكون تقرىبا على نفس

مسطح الوجه المقدم للارتفاع العاني وان محورهما يجاور مسطح

المضيئ العلوي

فن الواضح حينئذ ان انحناء المضيئين يكون دائما قيراطين ونصفا تقريبا
بقدر الفرق بين طول الجدار الخلفي للحوض والجدار المقدم وانه يكون دائما
متعاكسا فيهما بشرط ان لا يزيد التقوس العجزي العصصى لان العانة
لا تنخفض نحو الافق بدون ان يرتفع العصص بقدر ذلك ومن حيث انه يمكن
ان يستخرج من ذلك اشياء نافعة في العمل كان من المهم ان يتأمل فيما ذكرناه
ايضا خارج زمن الطلق بدون اهمال النتائج المأخوذة من الحوض الجفاف
والحوض المستوي بالاجزاء الرخوة

(المبحث الثالث)

(في تقعر الحوض)

ارتفاع الجدار المقدم لتجويف الحوض ثمانية عشر خطا اي قيراط ونصف
في محاذة ارتفاع العانة اما وحشى ذلك فيقرب من ثلاثة قراريط وقسماه
الجانبين ثلاثة قراريط ونصف في جزئهما المتوسط وجداره الخلفي اقله
خسة قراريط على الخط المتوسط اذا اتبع تقويس العجز واربعة فقط اذا قيس
بخط مستقيم من الزاوية العجزية الى رأس العصص

والقطر العجزي العاني يتزايد من ستة خطوط الى عشرة بنزوله في وسط التقعر
بسبب تقعر العجز بخلاف القطر المستعرض فانه يتناقص تدريجيا بذهابه
نحو القطر الحجي حيث لم يكن له حينئذ الا اربعة قراريط والاقطار المنحرفة
لا تتغير الا قليلا فينتج من ذلك ان جميع الاقطار في مركز التقعر الحوضي تكون
متساوية تقريبا فكل منها يباغ من اربعة قراريط وربيع الى خمسة الاربعة
ومن حيث ان هذا الجزء من الحوض يعمل فيه الرأس اكثر الحركات ينبغي
ان يعترف وفاقا لبعضهم ان اقطار التقعر تستدعي الاتناء كاقطار المضيئين
واذا قد عرفت ان الوجه المقدم للعجز والعصص يوجد فيه تقعر مختلف بمجمعه
سهل عليك ان تعرف ان جملة الاشعة التي تسقط عليه سقوطا عموديا او تخرج

منه لا تكون موازية له وانما تنضم بحيث تقاطع على زوايا تختلف في الحدة
 امام العانة الاشعاعا واحدا فانه يبقى اقصيا بجميع الاشعة الموضوعة اعلى هذا
 الشعاع تنحني الى الاسفل ويزيد انحنائها كلما قرب اصلها للزاوية العجزية
 القعريية بخلاف الاشعة التي تكون من اسفله فانها تميل الى الاعلى ويزيد ذلك
 كلما قربت الى رأس العصعص ولو كان تقوس العجز منتظما من قاعدته
 الى رأسه لامكن ان تعين درجة الانخفاض او الارتفاع لهذه الخطوط المختلفة
 التي تكون بقدر ما للعوض من المسطحات لكنه لا يكون كذلك فان الغالب
 ان العجز يقرب للاستقامة في مسافة قيراطين او ثلاث من الاعلى وثلاثة او نصفه
 السفلى وحده يتقوس بحيث يكون قوسا من دائرة غير ان تلك القوس
 المستطيلة بالعصعص والعجان سواء كانت متوترة ام لا تذهب حتى تختلط
 في الغالب مع محور الارتفاق العاني ومن حيث ان العصعص والعجان
 لا يطاوعان الضغط بدرجة واحدة في جميع النساء يشاهدان انحراف
 المضيق السفلي قد يحصل فيه اختلافات كثيرة في المرأة الواحدة ولذلك
 اختلفت آراء المؤلفين في ذلك ومن ذلك السبب ايضا يعرف ان المسطح الذي
 يوجد في محل كل من هذه الخطوط يلزم ان يكون له محور مثل محوري المضيقتين
 وبموجب ذلك لا يصح ان يتمتع اختيار محور لثمة تعير ايضا وانضمام هذه المحاور
 يتكون منه قوس تعيرها ملنفت الى الامام والخط المركزي للمضيق العلوي
 والسفلي يوجد عليه طرفا تلك القوس

فاذا اعتبرت هكذا محاور الحوض كان على الطبيب المولد ان يلاحظ دائما
 اتجاها مسطح الوجه المقدم للعجز والعصعص بل والعجان فانه هو الذي يمتدى
 عليه رأس الجنين وبمزاوئله تستقيم منه فوائد جليلة فالمحور المذكور اعني
 محور التعير ليس حينئذ خطا مستقيما موضوعا في مركزه امام نقطة تقاطع
 المحورين الاخرين كما ظن ذلك استين وغيره ولا جزء دائرة كما هو رأي البعض
 وانما يكون اولا موازيا لمحور المضيق العلوي ويبدأ في ان تقوس قليلا في محاذاة
 لفقرة الثالثة السكاذبة ثم ينعوج جدا اذا قرب للعصعص بحيث يقرب للافقية

عند وصوله الى المخرج نهايته انه لما كان يحصل من التسوية الجيبين مقاومة
اكثر من الاجزاء الرخوة كان المسطح الحقيقي للمضيق في الحقيقة مسطح
القوس العاني كله الممتد من جهة منشأه الى الخلف والاسفل بحيث يكون
المحور الانتهاء العملي للحوض قريبا بعض درجات لنفس الخط الذي عليه
مسطح المضيق العلوي كما قلنا

واما قياس الزوايا فالطبيب استين باعتبار المسطح المفصلي للمحز حكم بزواوية
تسع واربعين درجة بالنظر للمضيق العلوي وبخمس درجات وثلاث بالنظر
للسفلي وغيره من المؤلفين استنتج خلاف ذلك بسبب اختلافهم في محل القياس
ومنشأه فان منهم من استخدم في تحريباته قطعاً قائماً للحوض وخط رصاص
ذهب به امام الفقرات القطنية ومنهم من وضع البركار على تنو الفقرة الرابعة
القطنية لاعلى التطعة الاولى من المحز ومنهم من جعل المسطح مثبتاً من رأس
القوس الداني الى العنق وحاملاً لخط رصاص في وسطه ومنهم من قاس
من الظاهر على المرأة الحية ومنهم من قاس من الباطن على الحوض الخاف
فهذا كله سبب للاختلاف الذي هو في الحقيقة ظاهري لا حقيقي على انه كيف
تميز حداث المحز عن بعضها خلف الاجزاء الرخوة المغطيه لها بما تميزا جميعا
وبالجملة فالناسف معرفته هو ان المسطحين العلوي والسفلي يجتمعان ويحصل
بينهما زاوية ميل قدرها ستون درجة تقريبا في غير زمن الطلق واما وقت
خروج الجنين فيزيد الميل حتى تكون بينهما زاوية قائمة

(المبحث الرابع)
(في قاعدة الحوض)

الدائرة الكبيرة او قاعدة الحوض مائلة الى الاعلى والامام ومسطحها مواز
لمسطح المضيق البطني وهي مكونة اولاً من الخلف من تقوير يشاهد في عمقه
قاعدة المحز ويكون في العادة مملوءاً بالفقرات الاخيرة وبالاربطة الحرقفية
القطنية والعضلات المربعة القطنية وثانياً من الوحشية من الحافة العليا
للعظم الحرقفي التي ترتبط فيها العضلات الثلاثة العريضة البطنية اعني

الخرقة الكبيرة بستمت الخاروجة والمستعرضة بشمت الباطنة والخرقة
الصغيرة بالمسافة بين الشفتين (وثالثا) من الامام من النقوى والكبير الخليلي
الذي يوجد فيه من الاعلى الى الاسفل ومن الوحشية الى الانسية الشوكة
الخرقية المقدمة العلوية التي تنبت فيها رباط بوبار والعضلة الخياطية وجزء
من العضلة الخرقية والعضلة الشادة لا وتر العريض ثم انخفاض صغير هلا يبر
عليه بعض الخيوط العصبية التي تذهب للربخل ثم الشوكة الخرقية المقدمة
السفلى التي يربط فيها احد اصلي العضلة المسماة الفخذية ثم انخفاض ثان
تمر عليه العضلة الخرقية والقطنية المنضممتان مع بعضهما ثم الخط الخرقى
الغائى الذى تارده بغير تميزه وتارة يكون واضحا وترتبط فيه العضلة القطنية
الصغيرة ثم انخفاض ثالث ارتقوى يرمث ماثل الى الامام ملو باصلي العضلة
العانية ويجاور العروق والاعصاب الفخذية ثم العرف الغائى او الحافة الخلفية
العليا للعانة وهو مثل من الوحشية الى الانسية ويكون لجزء من المضيق
العلوى وينتهى بالشوكة العانية حيث ترتبط القائمة الوحشية للحلقة الاربية
والعضلة المستقيمة البطنية ثم الحافة العليا الارتفاع المتوسط

(المبحث الخامس)
(فى الاقطار الغربية عن المجاور والمضيقين)

المسافة المحصورة بين الشوكتين الخرقيتين المقدمتين السفائيتين ثمانية قراريط
والمسافة بين العلويتين تسعة وبين الجزء المتوسط من العرفين الخرقيتين
عشر قوسمة العرف الخرقى على مسير استدلالته من الشوكة الخلفية العلوية
الى الحدية المقدمة العليا ثمانية قراريط فلذا اهل اعواجه كان ستة فقط
وقاعدة العجز اربعة قراريط فى العرض وقبراطان ونصف من الامام الى الخلف
ويوجد من وسط عرف حرقى الى الحدية الوركية المسماة بالحجة سبعة
قراريط وحافة التقعير تقسم هذا الظن الى جزئين يقربان للتساوى وارتفاع
العانة الذى علوه ثمانية عشر يكون متساو نصف قبراط والتقوس الغائى عرض
قاعدته من ثلاثة قراريط ونصف الى اربعة قراريط بحيث يحتاط مع الخط

الحجبي المزدوج لولا البنية من اثني عشر خطا الى خمسة عشر فقط ولولا تباينه
فراطسان ونصف لا غير ونصف الدائرة العظمية التي يقوم منها مقعد وفه الى
الامام والخارج

(المبحث السادس)

(في اختلافات الحوض بالنسبة للسن والنوع والافراد)

الحوض عند الولادة يكون ضيقا جدا ومستطيلا وتقوم العرفين الحرقصين
قليل والجزء الخرقفي من عظم الحرقفة يقرب اتجاهه من الخط القائم والتجوف
الحوضي محزوظي الشكل والعجز يكون من تضاعف بحيث ان الخط الاثني عشر
تحت رأس العنصر مع كونه اضار تركز على الحافة العليا للعانة والافطار
المستقيمة الحوضي تكون القصير جدا من اقطاره القوسية الخلفية (ومن الخط
ان ينظر كالمثلين كبيران محور المضيق العلوي يكون في الضيقان قريبا لموازية
العمود الفقري) وعظام الحوض تكون اطرافها محاطة بطبقات شديدة
عظيمة وقوية وكما نلاحظه للضغط حتى ان ابعاد للطرف الحوضي البعدين يمكن
ان تتوافق بسهولة مع ابعاد حوض الام عند الولادة وبعد سنتين او ثلاث تظهر
بعض فقط جديدة عظمية تبقى غير ملغية بالكلية مع الباقي من العظم الحرقفي
في سن خمس عشرة سنة او عشرين وقد شوهد ايضا ان الشوكا العانية
اكتسبت طول ستة خطوط بل ثمانية وتعتبر حافظة لتحركها كقطعة غير
متعلقة بغيرها

فانضمام النقط العظمية الحوض لا يحصل الا اذ بلغ الشخص من خمس عشرة
سنة الى ثمان عشرة وحينئذ لا ينبغي تزويج الانثى قبل هذا السن خوفا عليها
من الحمل وتقول ان ذلك يختلف باختلاف الاقاليم
واما الحوض في الرجال فيحفظ الصفات التي كانت له في الطفولة باعتبار
الشكل فجميع اجزائه تكون اقل عرضا ولكنها اكثر علوا مما في النساء والقطر
الفصفي العاني ثلاثة اقارب وديج والحجبي المزدوج ثلاثة اقارب والحرقفي
المزدوج اربعة اقارب ونصف وبين الشوكتين الحرقصيتين القدمتين

العاويتين من سبعة قرار يبط الى ثمانية وبين وسط العرفين الحرقفتين من ثمانية الى تسعة وقوس العاتين متبقيتين غير متسع الى الامام ويقرب للشكل المثلث وارتفاع العانة طويل اقله قيراطان والنقب تحت العانة يقرب ايضا لشكل المثلث والعجز اقل تقوسا على رأي معظم المؤلفين وهو وان كان يأخذ في الانثناء من الاسفل تدريجيا الا انه مقعر قرب قاعدته وبالجملته فالتعغير الحوضي في الرجال اقل عمقا والمضيق العلوي اكثر انحناء واستدارة وقربا لشكل بيضاوي او دائرة والمخفرتان الحرقفتان اكثر تقعرا والمذوران الكبيران اكثر قربا لبعضهما والعظام اعظم سمكا في الغالب واكثر خشونة من الظاهر وجميع ما في حوض الرجال يدل على القوة والصلابة ويكون بحالة بحيث يصير المشي سهلا

واما الحوض في النساء فبالعكس فالمفاصل تكون اقل وارق والعرفان الحرقفتان مقعدون الى الخارج اكثر من قاعدة الصدر وذلك يعطى القسم الحرقفي زيادة في العرض والمذوران الكبيران متباعدان عن بعضهما فزيد بذلك السعة المستعرضة لقاعدة ثبات الجسم ويصير السير والجرى اعسر ويعطى للمرأة مشية مخصوصة وبالجملته فالانثى سلب الله منها سهولة الحركة والقوة ليكون في ذلك منفعة في الحمل والولادة والعصعص في حوض الرجل يلتحم سريعا براس العجز والارتقاقات الثلاثة تبيس غالبا في سن الشيخوخة واما في حوض المرأة فالمفصل العجزي العصعصى يبقى غالبا متحركا الى زمن الهرم والمفاصل العجزية الحرقفية والعانة لا تلتحم الا نادرا بل وفي زمن زائد التقدم

والنساء الطوال يكون الحوض فيهن اقل عرضا واكثر شها بمحوض الرجل من النساء القصار وذلك اوجب العامة لان تقول ان الولادة في النساء الاول اصعب مما في الاخريات

والحوض في الحيوانات يختلف جدا عن حوض البشر ولو اتبناه رويسيل وغيره من المؤلفين لهذا الاختلاف في التكون لم يقولوا ان الولادة لا تستدعي استعانة

اصلا لان البهائم تلد بدون حاجة لمساعد بل ومن غير رجوع مع ان الفرق عظيم
وذلك لان الحوض في اغلب ذوات الاربع يقل جدا تقوسه فليس له المحاور
واحد والحز يقرب لموازة السلسلة والمضيقان لا ينجبان الا قليلا وجران
القناة الحوضية متحدة في الطول تقريبا وعظام الحرقفة ضيقة مستقيمة
مستطيلة بحيث يكادان لا توجد الحفر الحرقفية فمن ذلك كله تعلم ان الولادة
في تلك الحيوانات غير معرضة للتعسرات التي توجد في البشر
ولا ينبغي ان يظن ان شكل الاعضاء في جملة الميكائنات يتغير فجأة بدون
درجات متوسطة فان حوض النسان يبعده عن حوض الحيوانات التي هي
اسفل منه يقرب قليلا لحوض النوع البشري وكلما صعدنا في الدرجات على
سلم الحيوانات نشاهد انها تأخذ في الكمال تدريجيا ويمكن انما كيد ذلك تبسح
الاشكال في نوع القرود القريب الشبه من الانسان وفي السودان الوحشيين
من بلاد افريقية حيث يظهر من بنية تركيبها انها متوسطة بين النسان
والانسان فيري في ذلك اختلاف كثير وبالاختصار يشاهد ان الولادة عوما
تكون اعسر كلما كان النوع اكثر كمالا

(القسم الثاني)

(في الحوض مع معلقاته اى اجزائه الرخوة)

الاجزاء الرخوة التي تغطي الحوض طبيعة من اللبائن يوجد في شكلها
وابعادها تغيرات يلزم معرفتها للطبيب المولد وسند كرها لا كمينة مفصلة
فالعضلات القطنية والحرقفية التي تسترا لتقاعير الجانبية للحوض الكبير
يتكون منها هناك شبه مخدة تلتف الا رتجاج والمصادمة للذان قد يحصلان
في الرحم الممتليء بالجل مدة الوقوف او المشي او الحركات العنيفة وتحفظ ايضا
الاعصاب الفخذية بحيث يعسر انضغاطها حتى في وقت الطلق والعضلة
القطنية باستطاعتها على جانب السلسلة تستخدم ايضا نقطة ارتكاز للرحم لكن
بدون ان تمتع الاورطى والاجوف عن مكابدة الضغط الذي يعوق الدورة في
الاطراف وفي الحوض والجدران الخلفية لها اعتبار ايضا فان قوة العضلات

المستقيمة

المستقيمة وانتظام اوتارها العريضة تعين على تصغير انحراف الرحم اسهل على
الجوانب منه في الوسط وسنعود لذلك عندما نتكلم على الحمل

(الفصل الاول)

(في مضيق الحوض الرخو)

المضيق السفلي فيه مسدود بارضية الحوض وهي شبه حاجز ينقص ارتفاعه
التغير بعض خطوط وكأنه مضاد في فعله للحجاب الحاجز بل للعضلات
البطنية مدة الحركات العنيفة لاختذ النفس والتبرز والتبول والولادة وهذه
الارضية مكونة من سلتين ليمين احدهما علوى مقعر من الاعلا ومكون
من العضلات الرافعة للشرح والجبجية العصصية ^{والتي} معنى مقعر من
الاسفل ومكون من العضلات العاصرة للشرح والمستعرضة للجبجية والجبجية
الجوفية والعاصرة لفوهة المهبل وتوجد ايضا هنا الشقوق واعصاب باسورية
سقلية واستحيائية باطنية وشحم ومنسوج خلوى تختلف كثرتها

وهذه الارضية منقوبة على الخط المتوسط بحرى البول والمهبل ونهاية
المستقيم ومن اجزائها ايضا وترعريض اى صفاق يظهر كأنه متولد من الرباط
الكبير الجبجي ومن الشفة الباطنة للثقبوس العالى وقوته وان كانت تختلف
جدواقل من قوة صفاق العجان في الرجل الا انها تكون اعظم كلما كان البحث
فيه اقرب للثقبوس والصفاق الحوضي يغطى في الحوض القسم العلوى ويظهر
تبعاً كما يبروديرموس ان هيئة هذه الصفائح اللينة لها تأثير في سرعة
الولادة وبطئها في اول ولادة للمرأة خصوصاً

واما المضيق العلوى فيه فهو كبرارته اعلم منه في الهيكل بجميع سبل العضلاتين
القطبتين اللتين يتكون منهما مع العروق الحرقمية شبه عمودين ممتدين
من جانبي الزاوية العجزية الفقرية الى الخط الحرقفي العالى بحيث يضيقان
القطر الحرقفي المزدوج ويزيدان ايضا في انحراف المضيق وهذا المضيق يدل
ان يكون على شكل قطع ناقص او بيضاوى طرفه الغليظ مائل الى الخلف
يكون قريباً لشكل دائرة او مثلث قاعدته من الامام والتقويران العجزيان

لحرقيان يكاد ان لا يوجد ا والزواوية العجزية الفقرية يكون ظهورها اقل
 مما ينظر عموما على حسب ما يعرف من ظهورها في الحوض الجانبي ومع ذلك
 لا بأس بان تنبه على ان ضيق القطر المستعرض بالعضلات القطنيتين لا يكون
 بدرجة واحدة في جميع النساء ففي الاحواض الكلوية الشكل يمكن ان يصل
 الضيق الى قيراط من كل جانب واما في الاحواض المستديرة فلا يكون
 الانصف قيراط بل اقل من ذلك احيانا ولا ينبغي ان ينسى ان الضيق الذي قد
 يؤثر على الاتجاه الذي يأخذه الرأس اولاديس ثانيا اصلاحا حتى يقوم منه مانع
 حقيقي للولادة وانه يستعان على زواله بان ينمى الفخذان وقت الطلق
 وعلى ~~سبب من البحث~~ وانتقش من المؤلف أن مدخل الحوض
 يكون اعرض فيما بين التووين الحرقهين العائنين في هذا المحل يكون قطره
 المستعرض لربعة قرايط وبعض خطوط واما القطر الحرق في المزدوج الحقيقي
 فلا يكون الامن ثلاثة قرايط ونصف الى اربعة قرايط والقطر المستعرض
 تحت الزاوية العجزية الفقرية والعضلات القطنيتين يكون خمسة قرايط
 لكن تعبير العجز بصير القطر المقدم الخلفي قريبا من ذلك

(الفصل الثاني)

(في تعبير الحوض الرخو)

عمق التعبير شكله معيني وزاويتان منه تحاذيان الشوكتين الجبيتين
 والزوايتان الاخران تحاذيان الخط المتوسط للجز ومؤخر ارتفاع العانة
 وهذه الزوايا الاربع تدل على انضمام الاسطحة المائلة الاربعة التي تكون على
 هيئة اربع مثلثات تميل لان تتقارب برؤسها
 والضعيرة والعروق العجزية والعضلة الهرمية توجد في المثلثات الخلفية واما
 المسطحات المقدمة فتحتوي على العضلات السادة الباطنة وجز من الاربعة
 للشرح بخلاف الصفاق الحوضي فانه موضوع بالضغط على جميع هذه
 الاشياء ويغطي جميع ذلك طبقة غزيرة من منسوج خلوي متخلخل ترخف
 فيه العروق الحرقية الباطنة والضعيرة والشرايين الخلفية وقد يترك الشحم

لحيانا في هذه الطبقة فتصير سميكة بحيث تضيق التقعر وتصير الولادة عمرة
جدا والبر يتون يكون فاصلا لهذه الطبقة عن الاخشاء
فقرى بمساعدة هذه التضيقات اولاً ان يدخل الحوض يكون من الامام اعرض
من الخلف وان الجنين المتشكل بشكل يضاهي بدخوله فيه يفي في الغالب
من الامام والجانب وثانياً ان التقعر اسفل العضلات القطنية يكون على
هيئة شكل يضاهي كافي الحوض الجفاف بحيث يصح ان ينسب له خداران
مقدمان جانبيان مكوّنان من جسم العائتين ومن الجزء العلوي للجبنة
ثم جدار خافى مكوّن من مقدم العجز ومن المتصلين العجز بين الحرقطين فيقع
ذلك ان القعدة في هذا الجزء من سيرها تميل لان تنحى الى الخلف لا الى
الامام وثالثاً ان التقعر في محاذات التقاوير الجبسية والحفر تحت العانة يكون
شكله كربع معيني يعين على ادارة الرأض وتحويله نحو التقوس العائى ورابعاً
ان الحوض الصغير يدل ان يكون عمقه على الجانبين ثلاثة ارباع ونصف
يكون اربعة ارباع ونصف

(منفعة الحوض)

القطع العظمية المختلفة التي تدخل في تركيب الحوض ليست قابلة لان تتحرك
على بعضها الا يسيراً جداً قال دوفرنيه ان نوع الانزلاق الذي يحصل بين
الجزء العجزى والحرقطين وكذا بين عظمتى العانة عند السقوط على القدمين
مثلاً لا يصح بوجه من الوجوه ان يشبه بالحركات المفصلية مهما كان نوعها
ونازع في ذلك استكان وما حكماء بوه من المبالغة في التحرك وكذا دوقستير
من كونه شاهداً ارتفاع العظام الحرقطية قيراطين بانزلاقهما على العجز فحالة
من ضيقة لا تبطل ما ذكرنا
فالخوض هو قاعدة الجذع ويتكون منه حلقة تامة نصفها الخلفى يقبل جميع
ثقل الجسم كما قال ذلك ديزموس واما مقدمها فيخدم لها كمنطرة حافظة لها
وثقل الجذع والاطراف الصدرية المتحول بواسطة العمود الفقري الى العجز
يتوزع اولاً على عظام الحرقطة ثم على عظمتى العانة اللذين يضغط احدهما على

الآخر بقوة تختلف ضعفا وشدة ولذا شبه الحوض بقوسين أو قنطرة
احدهما يقبل ثقل الجسم بواسطة قاعدة الجوز والآخر ينقله الى الاطراف
بواسطة التجويفين الحقيقيين ثم يتصل بالاجزاء الجانبية للدائرة الاطراف
الحوضية اي الرجلان اللتان في بعض الاحوال تتخللان ايضا هذا الثقل سواء
كانتا مجتمعين او منفصلتين وهذه المذبة للحوض كما هي مهمة للتقسيم ولوجين
مهمة ايضا عند المولدين لانها تفيد بسبب الاشكال المعيبة الغربية التي يصاب
بها احيا نالتجويف الحوض اذا حصل التعظم يبطئ زائد او تهقر ومن منافع
الحوض ايضا احتواؤه وحفظه للمثانة والمستقيم والرحم والبوقين والمبيضتين
وفي مدة الحمل يحفظ الرحم ايضا ويمسكه في اتجاه مناسب

(الباب الثاني)

(في الحوض المعيب)

يكون الحوض معيبا متى خرج عن ابعاده الطبيعية او عن شكله الاعتيادي
بحيث يصير الولادة خطرة او عسرة او غير ممكنة واتجاه محاور الحوض
ومسطحاته وابعاد اقطاره ونفس شكله يبعدان تكون في جميع الاحواض
بالضبط حسبا ذكناه سابقا غير ان نقص او زيادة بعض خطوط وبعض
انحراف قليل او تشوه خفيف لا يمنع كون الولادة تحصل بدون خطر وعيوب
الحوض يمكن ان ترجع الى افراط الاتساع وضيقه ورداءة اتجاها محاوره

(القسم الاول)

(في افراط الاتساع)

يظهر يبادى الرأى ان افراط اتساع الحوض نفعه للحمل والولادة اكثر
من ضرره ولكن يستفاد من المشاهدة والتعقل ان الامر قد لا يكون كذلك
فالرحم في مدة الحمل حيث تكون اقل استمساكا يسهل انقلاها الى الخلف
والى الامام مادامت اقطارها لم تتجاوز اقطار المصيق البطني ثم بعد الشهر
الرابع يقل لجميع الجهات
والحوض اذا كان كبيرا يعين على سقوط الرحم وعلى سرعة انتهاء الطلق

اي نخوده وبموجب ذلك يعرض لجميع العوارض التي قد تتبع الولادة السريعة في بعض الاحيان كانهيرسيا الرحم وانقلابه والنزيف وقد يتفق حيث يتنذر ان الرأس الذي لم يزل محاطا بالرحم المذبذبة معه يدخل في القعر في ابتداء الشهر التاسع بحيث يدفع الرحم امامه لخارج الفرج وقت الطلق كما شاهد ذلك لوفريت مرات كثيرة قال المؤلف ومع ذلك فاقول وفاقال القابلة لتسهيل ان ذكرهم هذه الاخطار كلها مبالة وانه يسهل غموا التحرز منها وان سقوط الجنين وفصل المشيمة قبل اوان انفصالها وتغرق الحبل السري لا تحصل من ذلك الا نادرا على ان اتساع الحوض كثير الوجود فيمكن ان يوجد في المضيقين وفي جميع اقطارهما في آن واحد وامثلة ذلك عند المؤلفين كثيرة فقد شاهد بعضهم التطر العجزي العاني خمسة قراريط ونصفا والحرق في المزدوج ستة ونصفا وكل من قطري المضيق السفلي خمسة ونصفا والبعد بين العرفين الحرقتين اثني عشر قيراطا ونصفا والغالب ان الذي يكون مجلسا لا اتساع هو المضيق السفلي بحيث يمكن اتمام الولادة بالوجه او بالرأس مع كون القمعدة من الخلف بدون احتياج الى الاستعانة بشئ

(القسم الثاني)

(في العيوب التي تحصل من فقد الاتساع)

(الفصل الاول)

(في الضيق المطلق)

زعم بعضهم ان تجويف الحوض لا يضيق من جهة الا ويتسع بقدر ذلك الضيق من جهة اخرى فبموجب ذلك لا يختلف محيط مضيقه اصلا مع انه ثبت بالمشاهدة انه كثيرا ما بقي الحوض بعد البلوغ حافظا لا غلب صفاته التي كانت له في الطفولية وانه يقرب من حوض الرجل وبموجب ذلك بقيت صفته المطلقة اقل مما يلزم له في الحالة الاعتيادية على انهم حيث جزموا بالا فراط في الاتساع فلا يثنى شئ كوا في انه قد يضيق جدا في جميع اتجاهاته كلها وبالاختصار هذا الضيق العام المنتظم ينذر ان يصل الى حد بحيث يلزم له

عمليات قليلة ومع ذلك فقد اتفقنا ان امرأه ماتت في بيت الولادة بعد عيلاجها ولم تلد
فنظر في اقطارها فوجدنا القطر العجزي العالي قيراطين وثلاثة ارباع قيراط
والمستعرض اربعة ونصف والمخرفان اربعة في المضيئ العلوى والعجزي
العالي قيراطان ونصف وبين الخبيئين قيراطان وثلاثة ارباع قيراط والمخرفان
ثلاثة قيراط في المضيئ السفلى ويقال ان المضيئ المطلق يكون صغيرا
في النساء الطويلات القوام والغالب موافقته مع التشوه المخروط في الخلقة
فقد ذكر مورلان انه وجد في مريض مصابة بلين العظام ان القطر العجزي العالي
سبعة عشر خطا وان المسافة من العجز الى التجويف الحقي الايمن اربعة
خطوط وإلى الحقي الايسر سبعة خطوط والقطر العصبي العالي قيراطان
ونخسة خطوط

(الفصل الثاني)

(في الضيق النسبي)

وبعد ان عرفت ما سبق ينبغي ان نعرف ايضا ان الضيق النسبي اى الجزئى من
الحوض قد يحصل منه ايضا خطر حقيقى والاكثر شأنا هذه في العلوى ويقل
في السفلى وفي التقعير ويمكن ان يكون في القطر المقدم الخلقى والمستعرض
والمخرف منفردا كل منها او مع غيره

(المبحث الاول)

(في ضيق المضيئ البطنى)

الضيق في المضيئ العلوى يحصل غالبا في القطرين المخرفين اكثر من غيرهما
وحصوله في واحد منهما امكن من حصوله فيهما معا واما ضيق القطر
المستعرض فهو نادرها ورعا لم يشاهد وجده ابدا وهذه العيوب المختلفة
تغطى في مدخل الحوض اشكالا مختلفة يسمى ادراكها ضيق القطر المقدم
الخليى قد يشأ من زيادة بروز الزاوية العجزية للقريبة فيكون شكل المضيئ
حيثما قليلا او كلويا فاذا كان الارتخاق العالي مع ذلك مما تلا الى الخلف كان
شكل الحوض كناية بالعمري القديم موضوعه بالعرض فاذا كان هذا العيب

في القطرين

في القطر من المخرفين جازاذا لم يغير الارتفاع محل ان جسم العانة بسبب قربه
للتوازي بارى على المضيق شكلا مثلثا او شبها بالمخرف او شكل وبقية من
النبات المسمى بالمثلث المائل على حسب الزوايا المكونة من طرفي القطر
الحرق في المزوج المختلفة جدة واستدارة وهذه الاحواض السماة بثلاثة
الفصوص او الوريقات يوجد فيها ايضا خصوصية وهي انها تارة تكون قطعها
الثلاثة متساوية وتارة يكون الجزء المقدم او اليمين او اليسر اصغر
من الآخرين

وقد يتفق ايضا ان التجويعين الحقيين يميل احدهما نحو الآخر كلما قربا بالمخرف في
هذه الحالة يتكون من العائتين المنثنتين على زاوية قائمة في محاذاة النور
الحرق في العاني بروز قدره من قيراط ونصف الى قيراطين من الامام ويوجد ان
موازيين للقطر المقدم الخلفي فلا يكون بينهما المسافة بعض خطوط ومن
اغرب ما شوهد من تلك العيوب ان العائتين ذهبتا باستقامة الى الخلف حتى
انضمتا بالجزء الالي من عظم الحرقفة اعنى في مسافة قيراط كبير ونصف وقرب
التجويع الحق لا يوجد بينهما الاخلو ثلاثة خطوط وكذا خلف الارتفاع
اجميع هذا الجزء خارج بالسكينة عن دائرة المضيق والقطر المقدم الخلفي
انما كان في الحقيقة قيراطين ونصفا لا خمسة كما يوجد غالبا في قياسه من الظاهر
مدة الحياة

فاذا لم يكن المعيب الا قطر المخرف او احدهما نتج من ذلك في العادة هيئة مهمة
الذكر فانه اذا كان الضيق من اليمين مثلا جاز ان يوجد في الجهة اليسرى افراط
اتساع في هذه الحالة اذا جاء الرأس وكانت القمعدوة من اليمين استدعت
الولادة استعانة الصئاعة واما اذا كانت من اليسار فان الطبيعة يمكن قد
تكفيها مؤنة ذلك وهذا التنبيه يدل على انه لاجل تسهيل الولادة في امرأة
مصابة بهذا العيب يكفي ان تعمل عملية التحويل ويوصل الجنين الى الوضع
الاول والثاني من اوضاع القدمين بحيث تكون القمعدوة مجاورة لاوسع جهة
في المضيق ويتضح منه ايضا كيف يتفق ان امرأة تضع في اول ولادة بنفسها

ولا يمكن ان تضع في الثانية بدون القطع العالي او القطع القيصري وبالعكس
قال المؤلف وقد اتفق اني دعيت لاهر سنة ٨٢٥ مكنت في الطلق يومين
ولم ينزل الرأس فقتلت علي الرجلين وتمت الولادة ثم في السنة الثانية ان او ان
وضع ثا ان لهذه المرأة فذهبت الى مارستان المدرسة ومكنت في الطلق اربعة
ايام وسالت المياه منها ونزل الرأس بقوة وكانت الرحم لا فبالقسط على الحتين
فلم تيسر عملية التحويل وكان معي ديزموس وديثوس فاستعملنا بخت
الولادة فلم يمكن نزول الرأس به وصاد كسره متعينا ثم جلت المرأة من جديد
في السنة الثانية اي السابعة والعشرين فبادرت بالتداع في ابتداء الطلق
فاخذت اقتش على القدمين واتممت الولادة بسرعة ونجاح فعاقبة هذه
فلراة الثلاث نشأت من انه في حلة منها كان الغليظ من الرأس في الجهة اليمنى
حيث الحوض هنالك ضيق جدا فلم يمكن نفوذه من المضيق ولما في غير هافات
التحويل وجه القعدة الى اليسار حيث الاقطار على حالها الطبيعية فتيسر
مرور الرأس حينئذ

ومن التادران يعوق الضيق المستعرض تروج الولد ما يمكن العجز ايضا ضيقا
لان الغالب انه يبق بين الحفرتين الحرقيتين اكثر من اربعة قواريط
وهذا النوع من العيب يحصل منه قسط عظم القطر العجزي العالي فيه عطى
المضيق شكلا يضاويا او شكل قلب مستطيل وقد لا يكون الضيق الا في احد
نصفى الحوض ففي هذه الحالة يحتمل نشوء في آن واحد على الحوض
الصغير والكبير وهذه العيوب قد تكون متعددة بكميات مختلفة وقد تكون
منعزلة وبدرجات مختلفة فقد ذكر ان امرأة كانت منذ دم مصابة بطين العظام
فكان قطرهما المقدم الخلفي ثلاثة خطوط تقريبا وبين الحفرتين الحرقيتين
نصف قيراط وذكر كنجيل انه شاهد امرأة كانت ولدت ست مرات ونتج فيما من
لين العظام نشوء في الحوض بحيث لم يبق بين الفقرات الاربعة القطنية والحافة
الغليظة الارتفاق العانة الا خطان من اليسار وسمة خطوط من اليمن وامثلة
ذلك كثيرة

(المبحث الثاني)

(في ضيق المضيق الجفائي)

قد يضيق المضيق السفلي كما ان الغالب انه قد يتسع فاذا انخفضت قاعدة
العجز نحو العانة واتجهت الحافة العليا من الارتفاق العالي فهو العجز وذلك
يكون غالباً بل دائماً بسبب الحركة الارجوعية التي تبعده المصعص عن رأس
التقوس الجفائي بعداً كثيراً او قليلاً ثم انه وإن اسكن وضع قاعدة عمودية وهي
ان المضيق السفلي يعظم متى ضاقت العلوى الا انه قد يمكن ان يضيقا معاً على
حسب الاقطار المتواقة فيهما

وتحارب المجبتين وزيادة استقامة تقوس العانة وشكله المثلث المتوافق ذلك
غالباً مع استقامة الارتفاق جميع ذلك يتولد منه ما يسمى بالقرن وهو عيب
اكثر حصولاً واخطر من جميع عيوب المضيق الجفائي ويصير الولادة عمرة جداً
لان الرأس ملزوم بان يمر من التقوس الجفائي اكثر من مروره خلف المجبتين حيث
توقفه هناك الاجزاء الرخوة واما انقلاب المصعص الى الخلف فيحصل لكن
لا منفعة فيه فاذا وصل الجنين الى الخروج لم يتم ذلك فالبابدون تمرق عريض
في الجفان

وكثيراً ما يصير المصعص ايضاً قريباً للاقضية ويمكن بانتصابه ان يقصر القطر
المصعصي الجفائي كثيراً او قليلاً خصوصاً اذا كانت قاعدة العجز مثدوفة
الى الخلف وكثيراً ما تميل احدى المجبتين مع فروعهما نحو مركز المضيق بخلاف
المجبة الأخرى والمصعص فلا يغيران محلها وبالجمله فاختلافات الشكل
هنا أقل مما في المضيق العلوى ولما درجات الضيق فيلزم ان تكون مثل ما هناك

(المبحث الثالث)

(في ضيق التقعر)

عيوب التقعر توافق تقريباً ضيق احد المضيقين غالباً اوهما معاً احياناً
وتنشأ من كون العجز زائداً التقوس او ليس كذلك في التقوس او من بعض
تنوعات عظمية

الجبي المزدوج ورأسه من اثني عشر خطا الى خمسة عشر فقط وارتفاعه
قيراطان ونصف لا غير ونصف الدائرة العظمية التي يقوم منها مقذوفة الى
الامام والخارج

(المبحث السادس)

(في اختلافات الحوض بالنسبة للسن والنوع والافراد)

الحوض عند الولادة يكون ضيقا جدا ومستطيلا وتقوس العرفين الحرقين
قليل والحزف الحرقني من عظم الحرقفة يقرب اتجاهه من الخط القائم والتجويف
الحوضي مخروطي الشكل والعجز يكون مرتفعا بحيث ان الخط الافقي يمر
تحت رأس العصعص مع كونه ايضا يرتكز على الحافة العليا للعانة والاقطار
المستعرضة للحوض تكون اقصر جدا من اقطاره المقدمة الخلفية (ومن الغلط
ان ينظن كما ظن كبريان مخور المضيق العلوي يكون في الصغار قريبا موازاة
العمود الفقري) وعظام الحوض تكون اطرافها محاطة بطبقات سمكية
عظروفية وكلها قابلة للضغط حتى ان ابعاد الطرف الحوضي للبعين يمكن
ان تتوافق بسهولة مع ابعاد حوض الام عند الولادة وبعد سنتين او ثلاث تظهر
بعض نقط جديدة عظمية تبقى غير ملحقة بالكلية مع الباقي من العظام الحرقني
في سن خمس عشرة سنة او عشرين وقد شوهد ايضا ان الشوكة العانية
اكتسبت طول ستة خطوط بل ثمانية وبقيت حافظة لتحركها كقطعة غير
متعلقة بغيرها

فانضمام النقط العظمية للحوض لا يحصل الا اذا بلغ الشخص من خمس عشرة
سنة الى ثمان عشرة وحينئذ لا ينبغي تزويج الانثى قبل هذا السن خوفا عليها
من الحمل ونقول ان ذلك يختلف باختلاف الاقاليم

واما الحوض في الرجال فيحفظ الصفات التي كانت له في الطفولية باعتبار
الشكل فجميع اجزائه تكون اقل عرضا ولكنها اكبر علوا مما في النساء والقطر
العصعص العاني ثلاثة قرايط وربيع والجبي المزدوج ثلاثة قرايط والحرقني
المزدوج اربعة قرايط ونصف وبين الشوكتين الحرقيتين المقدمتين

العلويتين

العلويتين من سبعة قرار يبط الى ثمانية وبين وسط العرفين الحرقيتين من ثمانية الى تسعة وقوس العاتين متدقيمتين غير متسع الى الامام ويقرب للشكل الثالث وارتفاع العانة طويل اقله قد اطاق والثقب تحت العانة يقرب ايضا لشكل الثالث والحجز اقل تقوسا على رأى معظم المؤلفين وهو وان كان يأخذ في الاثناء من الاسفل تدريجيا الا انه مقعر قرب قاعدته وبالجملته فالتقعر الحوضى في الرجال اقل عمقا والمضييق العلوى اكثر انحناء واستدارة وقربا لشكل بيضاوي او دائرة والحقرتان الحرقيتان اكثر تقعرا والمدوران الكبيران اكثر قربا لبعضهما والعظام اعظم سمكا في الغالب واكثر خشونة من الظاهر وجميع ما في حوض الرجال يدل على القوة والصلابة ويكون بحالة بحيث يصير المشى سهلا

واما الحوض في النساء فبالعكس فالمفاصل تكون اقل وارق والعرفان الحرقيتان مقدوفان الى الخارج اكثر من قاعدة الصدر وذلك يعطى القسم الحرقى زيادة في العرض والمدوران الكبيران متباعدان عن بعضهما فتزيد بذلك السعة المستعرضة لقاعدة ثبات الجسم وبصير السير والجرى اعسر ويعطى للمرأة مشية مخصوصة وبالجملته فالانثى سلب الله منها سهولة الحركة والقوة ليكون في ذلك منفعة في الحمل والولادة والغصص في حوض الرجل يلتحم سريعيا براس الحجز والارتقاكات الثلاثة تنميس غالبا في سن الشيخوخة واما في حوض المرأة فالمفصل الحجزى العصصى يبقى غالبا متحركا الى زمن الهرم والمفاصل الحجزية الحرقية والعانة لا تلتحم الا نادرا بل وفي زمن زائد التقدم

والنساء الطوال يكون الحوض فيهن اقل عرضا واكثر شها بحوض الرجل من النساء القصار وذلك اوجب العامة لان تقول ان الولادة في النساء الاول اصعب مما في الاخريات

والحوض في الحيوانات يختلف جدا عن حوض البشر ولوا تتبعه روسيل وغيره من المؤلفين لهذا الاختلاف في التكون لم يقولوا ان الولادة لا تستدعي استعانة

اصلا لان اليها تم تلبد دون حاجة لمساعد بل ومن غير وجع مع ان الفرق عظيم
وذلك لان الحوض في اغلب ذوات الاربع يقل جدا تقوسه فليس له الاحجور
واحد والعجز يقرب لموازاة السلسلة والمضيقان لا ينحنيان الا قليلا وجدران
القناة الحوضية متحدة في الطول تقريبا وعظام الحرقمة ضيقة مستقيمة
مستطيلة بحيث يكاد ان لا توجد الحفر الحرقمية فمن ذلك كله تعلم ان الولادة
في تلك الحيوانات غير معرضة للتعسرات التي توجد في البشر
ولا ينبغي ان يظن ان شكل الاعضاء في جملة البكائنات يتغير بقاء بدون
درجات متوسطة فان حوض النمس يبعده عن حوض الحيوانات التي هي
اسفل منه يقرب قليلا لحوض النواع البشري وكلما صعدنا في الدرجات على
سلم الحيوانات نشاهد انها تأخذ في الكمال تدريجيا ويمكن اننا كيد ذلك تتبع
الاشكال في نوع القرد القريب الشبه من الانسان وفي السودان الوحشيين
من بلاد افريقية حيث يظهر من بنية تركيبها انها متوسطة بين النمس
والانسان فيرى في ذلك اختلاف كثير وبالاختصار يشاهد ان الولادة عموما
تكون اعسر كلما كان النوع اكثر كمالا

(القسم الثاني)

(في الحوض مع معلقاته اى اجزائه الرخوة)

الاجزاء الرخوة التي تغطي الحوض طبيعة من الباطن يوجد في شكلها
وابعادها تغيرات يلزم معرفتها للطبيب المولد وسنذكرها لك مبينة مفصلة
فالعضلات القطنية والحرقمية التي تسترا لتقا عير الجابية للعوض الكبير
يتكون منها هنا شبه مخدة تلتف الارتيجاج والمصادمة اللذان قد يحصلان
في الرحم الممتلئ بالجل مدة الوقوف او المشي والحركات العنيفة وتحفظ ايضا
الاعصاب القطنية بحيث يعتبر انضغاطها حتى في وقت الطلق والعضلة
القطنية باستطاعتها على جانب السلسلة تستخدم ايضا نقطة ارتكاز للرحم لكن
بدون ان تمتع الاورطى والاجوف عن مكابدة الضغط الذي يعوق الدورة في
الاطراف وفي الحوض والجدران الخلفية لها اعتبار ايضا فان قوة العضلات

المضيقية وانتظام اوتارها العريضة تعين على تصغير انحراف الرحم اسهل على
الجواب منه في الوسط وسنعود لذلك عند ما نكلم على الحمل

(الفصل الاول)

(في مضيق الحوض الرخو)

المضيق السفلي فيه مسدود بارضية الحوض وهي شبه حاجز ينقص ارتفاع
التصغير بعض خطوط وكأنه مضاد في فعله للهاب الخاجز بل للعضلات
البطنية مدة الحركات العنيفة لاخذ النفس والتبرز والتبول والولادة وهذه
الارضية مكونة من سلسمين لبيين احدهما علوى مقعر من الاعلا ومكون
من العضلات الراقعة للشرح والحجبية المصعصة وثاني - حتى معبر من
الاسفل ومكون من العضلات العاصرة للشرح والمستعرضة للجانبية والحجبية
المجوفة والعاصرة لثوة المهبل وتوجد ايضا هناك عروق واعصاب باسورية
منقية واستحبابية باطنة وشحم ومنسوج خلوى تختلف كثرة

وهذه الارضية منقوبة على الخط المتوسط بجري البول والمهبل ونهاية
المستقيم ومن اجزائها ايضا وترعريض اى صفاق يظهر كأنه متولد من الرباط
الكبير الحنجري ومن الشفة الباطنة للنفوس العاني وقوته وان كانت تختلف
جد اواقل من قوة صفاق العجان في الرجل الانثى تكون اعظم كلما كان الجنب
فيه اقرب لمنشئه والصفاق الحوضي يغطي في الحوض القسم العلوى ويظهر
تبع الكهبيرو ديزموس ان هيئة هذه الصفائح البيضاء لها تأثير في سرعة
الولادة وبطئها في اول ولادة للمرأة خصوصا

واما المضيق العلوى فيه فهو كبرارته اعلم منه في الهيكل بجميع سبل العضلات
الطنينتين اللتين يتكون منهما مع العروق الحرقمية شبه عودين ممتدين
من جانبي الزاوية العجزية النقرية الى الخط الحرقني العاني بحيث يضيقان
قطر الحرقني المزدوج وينيدان ايضا في انحراف المضيق وهذا المضيق يدل
ان يكون على شكل قطع ناقص ابيض او اوى طرفه الغليظ مائل الى الخلف
يكون قريبا لشكل دائرة او مثلث فاعده من الامام والتقويران العجزيان

لحرقتيان يكاد ان لا يوجدوا والزاوية الجعزية الفقرية يكون ظهورها اقل
 مما ينظر عموما على حسب ما يعرف من ظهورها في الحوض الجانبي ومع ذلك
 لا بأس بان تنبه على ان ضيق القطر المستعرض بالعضلتين القطنيتين لا يكون
 بدرجة واحدة في جميع النساء ففي الاحواض الكهوية الشكل يمكن ان يصل
 الضيق الى قيراط من كل جانب واما في الاحواض المستديرة فلا يكون
 الانصف قيراط بل اقل من ذلك احيانا ولا ينبغي ان ننسى ان الضيق الذي قد
 يؤثر على الاتجاه الذي يأخذه الرأس او ليس ثباتا اصلا حتى يقوم منه مانع
 حقيقي للولادة وانه يستعان على زواله بان تفتح الفخذان وقت الطلق
 وعلى سبيل من البحث وانتقش من المؤلف أن مدخل الحوض
 يكون اعرض فيما بين التسوين الجعزيين العائنين في هذا المثل يكون قطره
 المستعرض لربعة قرايط وبعض خطوط واما القطر المحرق في المزدوج الحقيقي
 فلا يكون الا من ثلاثة قرايط ونصف الى اربعة قرايط والقطر المستعرض
 تحت الزاوية الجعزية الفقرية والعضلتين القطنيتين يكون خمسة قرايط
 لكن تقعر الجعز يصير القطر المقدم الخلفي قريبا من ذلك

(الفصل الثاني)

(في تقعر الحوض الرخو)

عقو التقعر شكله مغني وزاويتان منه تحاذيان الشوكتين الجعزيين
 والزاويتان الاخرتان تحاذيان الخط المتوسط للجعز ومؤخر ارتفاق العانة
 وهذه الزوايا الاربع تدل على انضغاط الاسطمة المائلة الاربعة التي تكون على
 هيئة اربع مثلثات تميل لان تتقارب برؤوسها
 والضغيرة والعروق الجعزية والعضلة الهرمية توجد في المثلثات الخلفية واما
 المسطحات المقدمة فتعوى على العضلات السادة الباطنة وجزء من الاربعة
 للشرح بخلاف الصفاق الحوضي فانه موضوع بالضبط على جميع هذه
 الاشياء ويغطي جميع ذلك طبقة غزيرة من منسوج خلوي متخلخل ترخف
 فيه العروق الحرقمية الباطنة والضغيرة والشرابين الخلفية وقد يتراكم الشحم

أحيانا في هذه الطبقة وتصير سميكة بحيث تضيق التقعير وتصير الولادة عسرة
 جدا والمبريتون يكون قاصلا لهذه الطبقة عن الأضواء
 فترى بمساعدة هذه التقعيرات أولا ان يدخل الحوض يكون من الامام اعرض
 من الخلف وان الحيتين المتشكك بشكل يتساوى بدخوله فيم يجرى في الغالب
 من الامام والجانب وثانيا ان التقعير اسفل العضلات القطبية يكون على
 هيئة شكل يتساوى كما في الحوض الجفاف بحيث يصح ان يسببه جداران
 مقدمان جانبيين مكوّنان من جسم العاتين ومن الجزء العلوي للجبّة
 ثم جدار الخفي مكوّن من مقدم العجز ومن المتصلين العجز بين الحرقفتين فينبع
 ذلك ان التقعيرة في هذه الجزء من مبرها قليل لان تضي الى الخلف لاني
 الامام وثالثا ان التقعير في محاذات التقاوير الجببية والحفر تحت العانة يكون
 شكله كربع معيني بعين على اذارة الرأس وتحويلة نحو القوس العاني ورابعا
 ان الحوض الصغير يدل ان يكون عمقه على الجانبين ثلاثة ارباع ونصفا
 يكون اربعة ارباع ونصفا

(منفعة الحوض)

القطع العظمية المختلفة التي تدخل في تركيب الحوض ليست قابلة لان تتحرك
 على بعضها الا يسيرا جدا قال دوفرنيه ان نوع الانزلاق الذي يحصل بين
 الجزء العجزى والحرقفتين وكذا بين عظمي العانة عند السقوط على القدمين
 مثلا لا يصح بوجه من الوجوه ان يشبه بالحركات المفصلية مهما كان نوعها
 ونازع في ذلك استكان وما لحكام بوه من المبالغة في التحرك وكذا دوفستير
 من كونه شاهدا ارتفاع العظام الحرقفية قريبا من بانزلاقهما على العجز فخاله
 من ضيق لا يبدل ما ذكرنا
 فالحوض هو قاعدة الجنين ويتكون منه حلقة تامة نصفها الخلفي يقبل جميع
 ثقل الجسم كما قال ذلك ديزموس واما مقدمها فيخدم لها كقنطرة خافضة لها
 وتقل الجنين والاطراف الصدرية المتحول بواسطة العمود الفقري الى العجز
 يتوزع الولا على عظام الحرقفة ثم على عظمي العانة اللذين يضغط احدهما على

الآخر بقوة تختلف ضعفا وشدة ولذا شبه الحوض بقوسين أو قنطرتين
احدهما يقبل ثقل الجسم بواسطة قاعدة المجز والآخر ينقله الى الاطراف
بواسطة التجويفين الحقيقيين ثم يتصل بالاجزاء الجانبية للدائرة الاطراف
الحوضية اي الرجلان اللتان في بعض الاحوال تتخلان ايضا هذا الثقل سواء
كانتا مجتمعتين او منفصلتين وهذه المنفعة للحوض كما هي مهمة للتقسيم ولو لم يكن
مهمة ايضا عند المولدين لانها تعيد سبب الاشكال المعيبة الغربية التي يصاب
بها احيا نالتجويف الحوض اذا حصل التعظم ببطئ زائد اذ وقع هرق ومن منافع
الحوض ايضا اختواؤه وحفظه للمثانة والمستقيم والرحم والبوقين والمبيضتين
وفي مدة الحمل يحفظ الرحم ايضا ويمسكه في اتجاه مناسب

(الباب الثاني)

(في الحوض المعيب)

يكون الحوض معيبا متى خرج عن ابعاده الطبيعية او عن شكله الاعتيادي
بحيث يصير الولادة خطرة او عسرة او غير ممكنة واتجاه مجاور الحوض
ومستطحاته وابعاده اقطاره ونفس شكله يبعدان تكون في جميع الاحواض
بالضبط جسميا ذكرناه سابقا غير ان نقص او زيادة بعض خطوط او بعض
انحراف قليل او تشوه خفيف لا يمنع كون الولادة تحصل بدون خطر وعيوب
الحوض يمكن ان ترجع الى افراط الاتساع وضيقه ورياءة اتجاه مجاوره

(القسم الاول)

(في افراط الاتساع)

يظهر ببادي الرأي ان افراط اتساع الحوض نفعه للحمل والولادة اكثر
من ضرره ولكن يستفاد من المشاهدة والتعقل ان الامر قد لا يكون كذلك
فالرحم في مدة الحمل حيث تكون اقل استسما كما يسهل انقلابها الى الخلف
والى الامام مادامت اقطارها لم تتجاوز اقطار المضيق البطني ثم بعد الشهر
الرابع تقبل لجميع الجهات
والحوض اذا كان كبيرا يعين على سقوط الرحم وعلى سرعة انتهاء الطلق

اي تخوده وبموجب ذلك يعرض لجميع العوارض التي قد تتبع الولادة السريعة
 في بعض الاحيان كانه يسهل الرحم وانقلابه والنزيف وقد يتفق حيثئذ ان الرأس
 الذي لم يزل محاطا بالرحم المجدوبة معه يدخل في التقعر في ابتداء الشهر
 التاسع بحيث يدفع الرحم امامه لخارج الفرج وقت الطلق كما شاهد ذلك
 لوفريت مرات كثيرة قال المؤلف ومع ذلك فاقول وفاقا للقبالة لسبيل
 ان ذكرهم هذه الاخطار كلها مبالغة وانه يسهل عموما التحرز منها وان سقوط
 الجنين وفصل المشيمة قبل او ان انفصالها وغزق الحبل السري لا تحصل من
 ذلك الا نادرا على ان اتساع الحوض كثير الوجود فيمكن ان يوجد في المضيقين
 وفي جميع اقطارهما في آن واحد وامثلة ذلك عند المؤلفين كثيرة فقد شاهد
 بعضهم القطر العجزي العاني خمسة قراريط ونصفا والحرقفي المزدوج ستة
 ونصفا وكل من قطري المضيق السفلي خمسة ونصفا والبعد بين العرفين
 الحرقفيين اثني عشر قرايطا ونصفا والغالب ان الذي يكون مجالسا للاتساع
 هو المضيق السفلي بحيث يمكن اتمام الولادة بالوجه او بالرأس مع ككون
 القمعدوفة من الخلف بدون احتياج الى الاستعانة بشيء

(القسم الثاني)

(في العيوب التي تحصل من فقد الاتساع)

(الفصل الاول)

(في الضيق المطلق)

زعم بعضهم ان تجويف الحوض لا يضيق من جهة الا ويتسع بقدر ذلك الضيق
 من جهة اخرى فموجب ذلك لا يختلف محيط مضيقه اصلا مع انه ثبت
 بالملاحظة انه كثيرا ما ياتي الحوض بعد البلوغ حافظا لاغلب صفاته التي
 كانت له في الطفولية وانه يقرب من حوض الرجل وبموجب ذلك بقيت صفته
 المطلقة اقل مما يلزم له في الحالة الاعتيادية على انهم حيث جزموا بالا فراط
 في الاتساع فلا شيء ~~شك~~ كوفي انه قد يضيق جدا في جميع اتجاهاته كلها
 وبالاختصار هذا الضيق العام المنتظم يندر ان يصل الى حد بحيث يلزم له

عمليات ثقيلة ومع ذلك فقد اتفق ان امرأة ماتت في بيت الولادة بمرسليها ولم تلد
فظهر في قطارها فوجد ان القطر العجزي العاني قيراطان وثلاثة ارباع قيراط
والمستعرض اربعة ونصف والمخرفان اربعة في المضيق العلوى والعجزي
العاني قيراطان ونصف وبين المجببتين قيراطان وثلاثة ارباع قيراط والمخرفان
ثلاثة قيراط في المضيق السفلى ويقال ان الضيق المطلق يكون ككثيرا
في النساء الطويلات القوام والغالب موافقته مع التشوه المقرط في الخلقعة
فقد ذكر مورلان انه وجد في مريضة مصابة بلين العظام ان القطر العجزي العاني
سبعة عشر خطا وان المسافة من العجز الى التجويف الحقي الايمن اربعة
خطوط والى الحقي الايسر سبعة خطوط والقطر العاصي العاني قيراطان
ونخسة خطوط

(الفصل الثاني)

(في الضيق النسبي)

وبعد ان عرفت ما سبق ينبغي ان تعرف ايضا ان الضيق النسبي اى الجزئى من
الحوض قد يحصل منه ايضا خطر حقيقى والاكثر مشاهدته في العلوى ويقل
في السفلى وفي التقدير يمكن ان يكون في القطر المقدم الخلفى او المستعرض
والمخرف منفردا كل منها او مع غيره

(المبحث الاول)

(في ضيق المضيق البطنى)

الضيق في المضيق العلوى يحصل غالباً في القطرين المخرفين اكثر من غيرهما
وحصوله في واحد منهما اكثر من حصوله فيهما معا واما ضيق القطر
المستعرض فهو نادرهما وربما لم يشاهد وحده ابداً وهذه العيوب المختلفة
تعطى في مدخل الحوض اشكالا مختلفة يسهل ادراكها فضيقة القطر المقدم
الخلفى قد ينشأ من زيادة بروز الزاوية العجزية المقعرية فيكون شكل المضيق
حينئذ قلبيا او كلويا فاذا كان الارتفاق العاني مع ذلك مائلا الى الخلف كان
شكل الحوض كثمانية بالعرض القديم موضوعة بالعرض فاذا كان هذا العيب

في القطرين

في القطرين المخضرين جازاذا لم يغيرا الارتفاق محله ان جسم الهيئة بسبب قربه
 التيمم البارد يعطى للمضيق شكلا مثلثا او شبهيا بالمخضر فلو شكك وبقية من
 التيمم المسمي بالمثلث المثلث على حسب الزوايا المكونة من طرفي القطر
 الحرق في المزدوج المختلفة حدة واستدارتها هذه الاخرى من المساحة بثلاثة
 الفصوص او الورق يقات يوجد فيها ايضا خصوصية وهي انها تارة تكون قطعها
 الثلاثة متساوية وتارة يكون الجزء المقدم او الايمن او الايسر اصغر
 من الاخرين

وقد يتحقق ايضا ان التجويفين الحقيقيين يحمل احدهما نحو الآخر كذا في العنبر في
 هذه الحالة يسكن من العنبرين المثلثين على زاوية قائمة في مساحة التيق
 الحرق في العنبر بوزن قدره من قيراط ونصف الى قيراطين من الامام ووجد ان
 مولودين للقطر المقدم ان المثلث فلا يكون بينهما الامساكة بعض خطوط ومن
 اغرب ما شوهد من تلك العنبرين ان العنبرين ذهبتا باستقامة الى الخلف حتى
 انضمتا بالجزء الايمن من عظم الحرقفة اعني في مسافة قيراط كبير ونصف وقرب
 التجويف الحق لا يوجد بينهما الاخلو ثلاثة خطوط وكذا خلف الارتفاق
 ايجع هذا الجزء خارج بالكلية من دائرة المضيق والقطر المقدم الخلفي
 انما كان في الحقيقة قيراطين ونصفا لا خمسة كما يوجد غالبيا في قياسه من الظاهر
 منه الحياة

فان لم يكن العيب الا قطر امضر فاو احدا نتج من ذلك في الولادة هيئة مهمة
 الذكرفانه اذا كلنا المضيق من اليمن مثلا جاز ان يوجد في الجهة اليسرى افراط
 اتساع في هذه الحالة اذ لجه الرأ من وكانت القعدة من اليمن استعدت
 الولادة استعانة الصنعة واما اذا كانت من اليسار فان الطبيعة يمكن قد
 تكفيها من ذلك وهذا التنبيه يدل على انه لا جل تسهيل الولادة في امرأة
 مصابة بهذا العيب يمكن ان تعمل عملية التحويل ويوصل الجنين الى الوضع
 الاول او الثاني من اوضاع القدمين بحيث تكون القعدة ومجاورة لاوسع جهة
 في المضيق ويتضح منه ايضا كيف يتفق ان امرأة تضع في اول ولادة بنفسها

ولا يمكن ان تضع في الثانية بدون القطع العالي او القطع القيصري وبالعكس
قال المؤلف وقد اتفق اني دعيت لاصرا سنة ١٨٢٥ مكثت في الطلق يومين
ولم ينزل الرأس ففتشت على الرجلين وتمت الولادة ثم في السنة الثانية ان اوان
وضع ثانيا لهذه المرأة فذهبت الى مارستان المدرسة ومكثت في الطلق اربعة
ايام وسالت المياه منها ونزل الرأس بقوة وكانت الرحم لافقة بالقبض على الحتين
فلم تيسر عملية التصوير وكان معي ديزرموس وديتوس فاستعملنا جفت
الولادة فلم يمكن نزول الرأس به وصلد كسره متعينا ثم حملت المرأة من جديد
في السنة الثانية اي السابعة والعشرين فبادرت بالتداعى في ابتداء الطلق
فاخذت اقدس على القدمين وانتمت الولادة بسرعة ونجاح فعاقبة هذه
فلراة الثلاث نشأت من انه في حلة منها كان القليظ من الرأس في الجهة اليمنى
حيث الحوض هناك ضيق جدا فلم يمكن نفوذه من المضيق ولما في غير هاتان
التصويل وجه القعدوة الى اليسار حيث الاقطار على حالتها الطبيعية فتيسر
خروج الرأس حينئذ

ومن التادران يعوق الضيق المستعرض خروج الولد ما لم يكن العجز ايضا ضيقا
لان الغالب انه يبقى بين الحفرتين الحرقصيتين اكثر من اربعة قراريط
وهذا النوع من العيب يحصل منه قسط عظم القطر العجزي العالي فيه طي
المضيق شكلا يضاويا او شكل قلب مستطيل وقد لا يكون الضيق الا في احد
نصفي الحوض ففي هذه الحالة يمتوى النسوة في آن واحد على الحوض
الصغير والكبير وهذه العيوب قد تكون مفردة بكميات مختلفة وقد تكون
منعزلة وبدرجات مختلفة فقد ذكر ان امرأة كانت منذ مدم مصابة بطين العظام
فكان قطرهما المتقدم الخلفي ثلاثة خطوط تقريبا وبين الحفرتين الحرقصيتين
نصف قيراط وذكر نجيل انه شاهد امرأة كانت ولدت ست مرات ونج فيهما من
لبس العظام نشوء في الحوض بحيث لم يبق بين الفقرة الرابعة القطنية والخافعة
الغليظ لا ارتفاع العانة الا خطان من اليسار وستة خطوط من اليمين وامثلة
ذلك كثيرة

(المبحث الثاني)

(في ضيق المضيق الهاماني)

فد يضيق المضيق السفلي كما ان الغالب انه قد يتسع فاذا انقضت قاعدة
 العجز نحو العانة او اتجهت الحافة العليا من الارتفاق العاني فهو العجز فذلك
 يكون غالباً بل دائماً بسبب الحركة الارجوحية التي تبعد العصص عن رأس
 القوس الهاماني بعداً كثيراً او قليلاً منه وان امكن وضع قاعدة عمومية وهي
 ان المضيق السفلي يضيق متى ضاق العلوي الا انه قد يمكن ان يضيق معاً على
 حسب الاقطار المتوازية فيما

وتحارب الجبنتين وزيادة استقامة تقوس العانة وشكله التثلاث المتوافق ذلك
 غالباً مع استطالة الارتفاق جميع ذلك يتولد منه ما يسمى بالقرن وهو عيب
 اكثر حصولاً واخطر من جميع عيوب المضيق الهاماني ويصير الولادة عسرة جداً
 لان الرأس ملزوم بان يمر من القوس العاني اكثر من مروره خلف الجبنتين حيث
 نوقته هنالك الاجزاء الرخوة واما انقلاب العصص الى الخلف فيحصل لكن
 لا منفعة فيه فاذا وصل الجنين الى الخروج لم يتم ذلك فالبايد ون تمزق عريض
 في الهامان

وكثيراً ما يصير العصص ايضاً قريباً للاضمية ويمكن باتساعه ان يقصر القطر
 المسمى العاني كثيراً او قليلاً خصوصاً اذا كانت قاعدة العجز مقدوفة
 الى الخلف وكثيراً ما تميل احدى الجبنتين مع فروعهما نحو مركز المضيق بخلاف
 الجهة الاخرى والعصص فلا يغير ان تحلها وبالجسلة فاختلافات النسكل
 هنا تلي عاني المضيق العلوي واما درجات الضيق فيلزم ان تكون مثل ما هنالك

(المبحث الثالث)

(في ضيق التقعر)

عيوب التقعر توافق تقريباً ضيق احد المضيقين غالباً او هما معاً احياناً
 وتنشأ من كون العجز زائداً القوس او ايسر كما في القوس او من بعض
 تنوعات عظمية

ففي الحالة الاولى يكون العظام كأنه متصن على سطحه المقدم ويضيق القطر
الجزى العاني والعصبي الخالي كثيرا اقليل مع كون القطر المقدم الخلق
للتعصير كبر من العادة فاحيانا لا يكون الجزى بعيدا عن العانة سواء قاعدته
او طرفها الحقيقي مع كونه زائدا للقوس

وفي الحالة الثانية من حيث ان الوجه المقدم للجزى يكون مسطحا او محدبا
فهذا لا يتصور فيها طوضر بل ان يكون متساويا بين منه يقيه يطبق او يتسع
بانتظام من التواء المرتفع الى طرف العضم على حسب كون قاعدته المظلم
مقلوبة بحسب الظاهر الى الامام او الى الخلف

فلما كان الجزى زائدا التقعر والتضيقان ضيقين ووصل الرأس بقوة الحركات
الضعيفة للتصغير بق فيه فتمتصر ولا يمكن ان ينزل فلما كان يندفع الى الداخل
فتمتصير الولادة فخطرت بحيث ان العملية القيصرة قد لا تكفي لانتهاء ذلك لان
كان زائدا الاستقامة وكان المضيق السفلي ضيقا جديا نزل الرأس ولا يسرع
الا انه لا يكونه يجتاز قناة مخروطية يقف جالا ولا يستند من رأس الجزى ويط
الا يسرع فاذا توافق ضيق احد للتضيقين مع الفراط اتساع الاخر يتكرر
سيرا طلق فان كان المضيق البطني هو المعبى بعدم الاتساع بق الرأس فيه
واقفا زمانا طويلا ومع ذلك يتهي الحلل يفورده منه ثم لا يجد مقاومة بعد ذلك
حين تقدم من رأس الحوض بسرعة زائدا في الوقت الذي يحكم به الطبيب بعند
مضى المدد اللازمة للطلق وان كان المعبى بالمضيق هو المضيق السفلي فقد
الجنين لولا بسرعة عظيمة ودما قال الطبيب الذي لم تستقبل هذه الحالة
ان الوضع يتم بسرعة مع ان استعانة الصناعات قد تكون ضرورية حينئذ
فاذا تكون من ارتفاع العانة عرف بالورم من الخلف بعض خطوط بل ولو عناية
خطوط كما شاهدته كوكبه لم يمنع ذلك حصول الولادة لكن يمكن عند مرور
الرأس ان تعرض المثانة للورم ويحصل من ذلك تمزق هذه الاعضاء وقد يكون
المضيق بسبب بروز إحدى الحفر الحاضية في التقعر او لتقذاف الشوكة الحسية
الى الباطن فيكون من ذلك القسوه

وقد يشاهد في الحوض انتقال العظام بأنواع وأشكال مختلفة بحيث تمنع الولادة رأسا وذلك يستدعي العملية القيصرية أو تكسير الرأس وبدون ذلك تفقد حياة المرأة وقد يكون الضيق بسبب أورام أسفروية أوليفية في التقعير نضر بالولادة لكن أكثر عيوب التقعير تنشأ من عيب في استقامة العجز بالزيادة أو النقص وسنرجع على عيوب الحوض الحاصلة من شيء مخالف للعادة أو من تغير في الأجزاء الرخوة عندما نتكلم على عسر الولادة

(القسم الثالث)

(في عيوب اتجاه المحاور)

معظم عيوب الخلفة في الضيقين يغير اتجاه مسطحات الحوض ومحاوره تغيرا يختلف قلة وكثرة فإذا كانت الزاوية العجزية الفقرية مقذوفة نحو العانة زاد تغير القسم القطني بالضرورة فالزاوية التي تتكون من العجز مع السلسلة بدل أن تكون 175° درجة تكون 139° بل قد تكون 120° حينئذ ينحني محور المضيق العلوي إلى الأمام ويقرب للخط الأفقي فإذا لم يجذب لهذا الميل العص ورأس العجز المسوكن بالرباطين العجزيين المنخفض مسطح المضيق السفلي إلى محاذاة أو أسفل الخط الأفقي بل قد يصير موازيا لمسطح المضيق العلوي لكن هذه الهيئة يبعد أن تقرب محور رأس الحوض إلى الخط العمودي أو عميله إلى الخلف كما يظن يبادي الرأي وإنما توجهه جدا إلى الأمام لأن الرجة المقدم للعصعص يعين اتجاهه فإذا ارتفعت العانة وتسطع الثؤ البارز قرب محور المضيق العلوي للخط القائم وربما جاور محور الجذع ففي هذه الحالة إذا زال تقوس الجدار الخافي الذي للتقعر جازان يتوازي المحوران الحوضيان وإن كان مسطح المضيق السفلي منحنيا جدا إلى الأمام وهذه الهيئة التي تعين خصوصا على تمرق الجبان تولد مدة الطلق نعسرات لم يتكلم عليها إلى الآن في الكتب المرتبة وإنما به عليها لو بستين سنة سبع عشرة بعد المائة واحد الأحواض التي تتكلم عليها هذا المؤلف كان انحناء المضيق العلوي فيه خسا وخمسين درجة وآخر سبع عشرة درجة وفي الحالة الأولى عسر جذب

رأس الجنين بحيث الولادة حيث كان ما تلا حيث لا يبرأ علا العانة واما سها
فانجاء الرأس انجاء رديثا بالنسبة لخدع الجنين والرحم في نفوذه من التقعر
يصير الولادة عسرة قال لوبستين وفي هذه الحالة ينحصر المشكك ويعتبر خروج
الجنين في كثير من الاحوال التي ذكرها هاستير ولو فريت

(القسم الرابع)

(في اسباب عيوب الحوض)

المناسب لاجل معرفة اسباب عيوب الحوض دراستها في سن الطفولية ومن
البلوغ فان السبب الوحيد لتلك العيوب الى سن ست سنوات اوسع هو افة
العظام ونوضح ذلك سهل لان العظام التي تصاب بهذا الداء توجد دائما
محصورة بين حركتين عنيفتين ويلزم ان تتقاد للجهة التي يحصل منها عليها زيادة
ضغط او في جزئها الذي يكون ضعيف القوام فاذا فرضنا ان اللين متساو
في جميع العظام وان للطفل واقف ومستند بقوة واحدة على ساقيه كل من
الواضح ان قاعدة العجز تنخفض نحو العانة وان التجويفين الحقيين يندفعان
نحو التوازي الزاوية العجزية الفقرية فيحصل من ذلك ضيق القطرين
العجزى العلى والمخرف فاذا كان الطفل واقفا ولكن كان مسنندا على احدى
الرجلين اكثر من الاخرى قصر القطر المخرف من جانب واحد فاذا بقي الطفل
قاعدا صار تقعر العجز اعنى وقصر القطران المقدمان الخلفيان للمضيقين
فاذا اعتاد على النوم على الظهر فان تقوس العجز يزداد بل يزداد بالكمية
كل زاوية الحوضية الفقرية ايضا ويقتد القطر العصعصى العلى غالباً بعاده
والوضع الحجابي يؤثر ايضا على الاقطار المستعرضة

ثم ان ثقل الجسم وان كان كافيا في توضيح معظم اشكال العيوب الحوضية
الا ان من المعلوم انها قد تنجح في بعض الاحوال من القوة الشديدة للعضلات
التي تحيط بالمفصل الحرقى التخذى

ومعظم عيوب الحوض تحصل بعد سن الطفولية من لين العظام الخرقى
او البكلى ومن الفعل الغير المنتظم للعضلات ومن العادة الرديئة في الوقوف

او القعود فان الشايات يقصدن زيادة تنوع عجزهم من زيادة تقعر القرجة
 القطنية ليظهر ما يصحى عند العامة بشغل الردف فيجعلن الحوض والرأس
 مائلين بقوة الى الخلف واما البطن والصدر فيذهبن بهما حسب الطاقة الى
 الامام ولم يعلن انه لاجل انالة بعض لطافة في الهيئة يقعن في خطر عظيم وهو
 انهن لا يبدن الا بمشقة عظيمة

وقد شوه في مرض من امراض المفصل الحرقى الفخذى ان راس الفخذ
 ابرزت عن التجويف الحقى في الحوض بل تقبته ايضا وذكرت القابلة لسبيل
 ان امرأة كانت اصيبت بخلع فخذها من ذاتها فكان التجويف الكاذب المفصلي
 فيها بارزا في التقعر بحيث يضر في الولادة وذكروا ان المصابات بالعرج قد
 ينشوه حوضهن بحيث يمنعن ذلك من الولادة وبنرا الفخذ لا الساق من امرأة
 بالغة وبالاوى من بنت صغيرة قد يكون سببا لنشوه الحوض لان الطرف
 الصناعى الذى يوضع بدل الاصلى لا يأخذ نقطة ارتكازه الا في الجلبة فيبقى
 التجويف الحقى الذى في الجهة السلبية وحده على انضغاطه بشغل الجسم
 فافاعلم من نواميس الفسيولوجيا المرضية ان التجويف العظمى يمتلى متى
 قد مجاورة للعضو المالى له طبيعة وان القوس العضوى الذى يتقطع الضغط
 عنه يضيق ويهبط فحجم التجويف الذى يعين على تكونه علم من التواميس
 الميكانيكية ايضا ان للقطر المنحرف المحاذى للطرف الطبيعى قد يضيق في تلك
 الحالة بحيث يصير الولادة خطيرة كما ثبت ذلك من مشاهدة لسبيل وغيرها
 وما بسبب موانع الولادة احيانا الكسر التى التفت اجزاؤه لاعلى التساوى
 ومنه الخلع ونسوس العظام والهاء المباركة ونحو ذلك فهنا تفق ان امرأة
 حصل لها سابقا كسر في الحرقفة والقرع الحقى العلوى وآل بها الامر الى عدم
 امكان ولادتها فوضع فيها الجفت وضعا رديئا فزق المهبل والرحم وسبب
 تباعد العاتيق بل وكسر العظام وموت تلك المرأة وبالجمله فليز العظم يشوه
 للمرض غالبا بل دائما في الاطفال الصغار لان اطرافهن البطنية التى العظام
 الحرقفة جزء منها تصاب غالبا بهذه الآفة في هذا السن اما في سن متقدم عن

ذلك كقرب البلوغ فان استلхам العظام لا يصيب غالبا الا العمود الفقري وجليه
ويمكن ان يبلغ تقوس السلسلة اعلى درجة بدون ان يتشوش الحوض من ذلك

(القسم الخامس)

(في قياس الحوض)

اذا دعى الطبيب لامرأة لاجل معرفة حالة حوضها ينبغي ان يتدأ بسؤال
اقرارها او من يحيط بها عن حالتها التي قطعها في الطفولية فاذا تصير منها
في حال الصغر اوبقيت ضعيفة مدة طويلة او كانت مفصلها غليظة كانت
مبتغمة استنتج من ذلك انها كانت مصابة بطن العظام وان حوضها معيب
على غلبة الظن ثم يبحث بعد ذلك في بقية اجزاء جسمها فاذا بقي في السلسلة
انحر او جاح غير طبيعي او كانت الركبتان كبيرتي الحجم او ماثلتين الى الباطن
او كان فكها السفلي بارزا الى الامام جدا او اسنانها مزرقه وفيها خطوط
مستعرضة استنتج من ذلك كالنتيجة السابقة فاذا لم يكن شيء من ذلك
كان المظنون سلامة الحوض

وذكر ويران البحث في الرأس فيمكن ان يعرف منه بالضغط حالة الحوض
وطريقته في ذلك بسيطة فان الاقطار القصوى البطنى والجدارى المزدوج
والجبهى العلوى توافق الاقطار العجزى الصلى والخرقنى المزدوج والمهجرين
وان المضيق العلوى يوافق الجبهة والمضيق السفلى يوافق الوجه واخذ ذلك
وبير من البيان التعليل الذى ظهر من قريب وتسل به كثير من النيساوين
وهو ان ما فى الجانب الايمن تكرر لما فى الجانب الايسر وكذلك ما فى النصف
العلوى مثل ما فى النصف السفلى وما فى النصف المقدم من الاصول مثل
ما فى النصف الخلفى وغير ذلك فيلزم من ذلك ان الحوض انما هو تكرر للرأس
وقد اشتغل وبير من بعض سنين بالبحث والتفتيش على اثبات ان الرأس
والحوض معرضان لتوازيين تركيب واحد وان جودة وردة احد هما
مطابق دائما حالة الآخر وان ضيق وطول حوض الرجل مثلا يطابق مطابقة
تامة شكل رأسه الذى قطراه القائم والمقدم الخلفى يكونان عموما اعظم واوسع

من المستعرض وعكس ذلك في النساء قال المؤلف وهو ان كان عنده
مشاهدات تقوى مذهبه الا اني لست على يقين من ذلك فاني شاهدت
احواضا في اعظم تكون جيد مع كون الجمجمة في نشوه زائد وبالعكس نهاية
ما قول وفاقا للقبالة لتبديل يظهر انه كلما كان الجزء العلوي من الوجه ابرز
كان الحوض اعرض واوسع وفي هذا القسم فصول

(الفصل الاول)

(في البحث من الظاهر لمعرفة قياس الحوض)


وبعد الاتجاه والامثلة الاولى التي ذكرناها يبحث عن ظاهر الحوض بادب
وحشمة واحتراس حسبا لمكان فاذا كان مشى المرأة سلا خالصا وبغيرتها
متساوية الجانبين واعرض من قاعدة الصدر وجيدة الاستدارة وبين المدورين
الكبيرين يساعد مناسب وليس هناك تقعر زائد في السلسلة ولم يكن العجز
زائدا التحذب ولا قليلا وارتفاع العانة غير رابط ولا بارز ولا زائد في الطول
صح ان يحكم بان الحوض جيد التكون واذا وضع الاصبع بين الشفرين
الكبيرين واصل القهذين علم منه ان كان التنقوس العالي غير ضيق او على شكل
قوس دائرة عريضة وان الخجيتين ليست اقربيتين لبعضهما جدا ولا بأس
ان يترك ما عدا ذلك ان عرض العجرتين مزدوج عرض المضيق العلوي
وليس بلازم لاجل تحقيق هذه الاحوال تعرية المرأة ولا اضطباعها
فاذا خيف خجل المرأة من الحيا لزم ان يفعل مثل هذا البحث من تحت التميمين
فاذا وجدت جميع صفات جودة التكون لم يحتاج لازيد من ذلك فان قد شئ
من اجتهد في تعيين نوع التشوه الذي يوجد فتقعر السلسلة مع بروز زائد
في العانة يدل على انحراف مفرط وشكل مثلث او مثلث القصوص في المضيق
العلوي فاذا كان الارتفاع العالي مع ذلك منخفضا صح ان يؤكد ان القطر
العجزي العالي قصير جدا وان المضيق مزدوج القصوص او على شكل قنينة
بالزعم العربي القديم مقبولة بالعرض فان كانت الحرقبتان اي العجرتان
غير متساويتين او مرتفعتين بجسد او الحفرتان الحرقبتان الظاهرتان

مخفضتين دل ذلك على عيب في القطر الحرقني المزدوج واما تقارب الجبيتين
ليه فلهما وتحدب العجز وميل العصص الى الامام فلا يحتاج معرفتها لنى
اصلا سهولة ادراكها حالا

ولما كان المراد من القياس الوقوف على نتائج صحيحة كالتناجج الرياضية وكان
استعمال اليد لا يفيد النتائج فطنية اخترع المولدون آلات كثيرة لقياس
الحوض بالضبط سواء من الظاهر او من الباطن وسموا تلك الآلات بمقياس
الحوض منها اثنان يوضعان من الظاهر احدهما بركار السمك لبودلوك او قول
وهو الاحسن مقياس الرأس لاسنين الذى يستعمل غالباً بل دائماً دون غيره
بسبب بساطته والاخر مقياس الطول لشوسيه الذى لا يستعمل الا في بيت
الولادة يباريس وبركار السمك يستعمل لقياس شيتين احدهما القطر العجزي
العاني بان توضع احدى زيتونة به امام ارتفاق العاتين والاخرى على الحدبة
الاولى الشوكية للعجز وثانيهما القطران المنحرفان بان يستند طرفا البركار
على الوجه الوحشى للمدور الكبير والجزء البارز من المفصل الحرقني في الجهة
المقابلة ففي الحالة الاولى يلزم ان تدل المسطرة المقوسة على سبعة قراريط بحيث
اذا ازيل منها قيراطان ونصف للعجز وستة خطوط للعانة بقي اربعة قراريط
ويلزم للاقطار المنحرفة ان تدل على تسعة قراريط لانه يلزم ان يطرح ثلاثة
قراريط الاربعاً لاجل المدور الكبير وعنق الفخذ والتجويف الحق وقيراط
وثلاثة ارباع قيراط لاجل الارتفاق الخلقى وتمسك بودلوك بان سمك العظام انما
يختلف نادراً بزيادة خط او خطين في الجهة المقدمة الخلفية ويمكن حساب
ذلك في الاقيسة المأخوذة من هذا المقياس وزعمت القابلة لتبيل ان هذه
الطريقة غلط وان سمك العجز وحده يمكن ان يختلف من اربعة خطوط
الى خمسة وبالف القابلة يوافقين فقالت ان السمك الذى قاله بودلوك يختلف
من اربعة خطوط الى اثني عشر قال الموائف والمؤكد الصحيح هو ان النخافة
والسمن لا ينقصان ولا يزيدان نقصا ولا زيادة محسوسة في سمك الاجزاء الرخوة
من المحال التي تلامس الآلة وان اختلاف سمك العجز والعاتين الذى ذكره

هاتان المقابلتان فادر جدا

واما قياس الاقطار المخرفة فان طول عنق القنذ يظهر باقطار ولبعاد مختلفة جدا بحيث لا يعتمد عليها الطبيب المحرب كذا قالوا قال المؤلف واظن انهم غلطوا في ذلك وما وجدت الفرق في عدد كثير من الاحواض الجيدة التكون الا نحو اربعة خطوط اقل او اكثر والعرقان المحرقنيان من حيث انهما قد يرتفعان او ينخفضان جدا بدون ان يكابد المضيق تغيرا فلواخذ نصف تباعدهما لاجل قياس القطر المحرق في المزدوج لخيف من حصول الغلط الكثير لان هذا القطر محاط بعضلات كثيرة على ان الاهتمام به قبل بحيث ان اليد تكفي لتحقيق حاله

واما المضيق السفلي فالاصابع تكفي لقياسه وينبغي على رأى بعض المؤلفين ان يجلس المرأة على حافة كرسي يمكن البحث فيها ايضا وهي واقفة ثم يوضع بطن السبابة على رأس العصص وطرف الابهام على حافة الرباط تحت العانة ثم بعد ذلك يذهب بالاصبعين المسوكتين بوضع ثابت الى مسطرة مدرجة لم يعرف مقدار التباعد ويصح ايضا مده كون طرف السبابة ملاسارأس العصص ان ترفع منها الحافة  كعبية وتوضع على طرف القوس الغاني بدل الابهام لكن ذلك يعرض لضغط مؤلم على اعضاء التناسل الظاهرة اذا كانت الحساسية فيها زائدة ولاجل قياس القطر الجبي ينبغي ان يذهب بطرف الاصبعين على شفتي الجبنتين في المحل الذي يرتبط فيه الرباط الكبير الجبزي الجبي مع الاحتراس على تباعد الشحم بضغط خفيف

والبحث الظاهري وان لم يفد الا نادراتا كيد طبيعة ودرجة عيوب الحوض غيرانه وحده هو الذي يستعان به في الابكار اذا لم يذهب بالاصبع او بقياس الحوض في المستقيم اما غيرهن فيستعمل لهن البحث الباطني وهو يكون بكيفيات كثيرة

(الفصل الثاني)

(في البحث من الباطن لقياس الحوض)

اخترع قطول مقياسا يقاس به الحوض من المسلمطين ونوعه حتى صار كبركار
 المثلث الذي يقاس به الارجل في الاوربا فيدخل مطبوعا في المهبل ثم يفتح
 فيستند احد فرعيه على ارتفاع العانة والاخر على ابرز جزء من الزاوية العجزية
 القترية ويعرف من درج في طرفه المتحرك تباعد الصفتين القائمتين اللتين
 ينتهي فرعا بهما ويقاس بهذه الكيفية ايضا في الحوض الجاف القطر العجزى
 العانى مع غاية الضبط ولكن نقول هذا المقياس كثيرا خطأ ويعرض لاجماع
 مؤلمة فلذا ينبغي هجر استعماله بالكيفية ويكون الانفع في البحث الباطنى
 هو الاصابع او اليد قال ريان لا يستعمل عند الانقليز بين لقياس المضيقين
 الا الاصبع ففى غير زمن الطلق اى قبل ان يدخل الرأس في المضيق بوجه طرف
 السبابة بدون تعسر لتساوي البارز ويرفع اصلها على قبوة العانة ويعلم هذا المحل
 بطرف الاصبع من اليد الاخرى ثم لاشئ اسهل بعد ذلك من مشاهدة قياس
 القطر العجزى العانى والاصبع فيها زيادة عن ما في الالات خاصة الاحساس
 فلا تضارق الجزء البارز من العجز بدون ان يذكر كد الطبيب المولد فيها يذهب
 جزء من اسباب الغلط الكثير الحصول نعم الخط الذي يمر عليه الاصبع من حيث
 انه يقع تحت ارتفاع العانة لا على جرحها العلوى يكون فيه زيادة طول اكثر
 مما اذا مر مستقيما لكن اذا طرح منهم من اربعة خطوط الى خمسة لاجل هذا
 الانحراف حصل بالضبط قياس المسافة الفاصلة الزاوية العجزية القترية عن
 اعلى الارتفاع ومع ذلك هنالك حالتان يمكن ان يحصل فيهما الخطأ اولهما اذا
 ظهر ان الحافة العليا للعانة مائلة الى الخلف والثانية العكس فينبذ رجا يظهر
 ان القطر المقدم الخلقى للمضيق العلوى كبير جدا وان كان الواقع انه صغير
 وبالعكس يمكن وضع بركار التناسب من الظاهر يزىل جميع ما يحصل
 من الخطأ فى ذلك

وفى مدة اطلاق يمكن فى الحقيقة وضع اليد كلها فى المهبل ثم يفرق الابهام عن
 السبابة بحيث يثبت احدهما على الزاوية العجزية القترية والاخر خلف
 العانة ثم تجذب اليد وهى على هذا الوضع وبمساعدة القدم المقسم الى قرار بط

وخطوط تعين ابعاد القطر العجزي العاني تقريرا بدون احتياج الى آلة اخرى
من الآلات المخترعة لهذا الشأن قال المؤلف وانفق في احياها الى استعمال
بنجاح بدل السبابة والابهام السبابة والوسطى متجهاهما الى اعلى المهبل
وبعد تباعدهما ما ~~يمكن~~ ووضعهما على طرفي القطر المراد قياسه يوضع
اصبعان من اليد الاخرى بين اصلي الاولين لمنع تغيير هيئتهما مدة اخراجهما
من اعضاء المرأة

وحيث يمكن ادخال اليد في المهبل ادخلت فيه اذا كان المهم ان يؤكد بالضبط
حالة المضيقين وذلك احترام احر به كثير من الاطباء المولدين حتى ان دون
عرف الجنس به البحث باقتباه في جميع الاجزاء التي تخدم لتناسل اولو الولاة
وفي اجزاء الجنين بواسطة الاصابع او اليدين عارية او حاملة لالات وقال
دولامون ان الولادة تكون في الغالب غير ممكنة اذا لم ~~يمكن~~ ادخال اليد
مطبوقة في المضيق العلوي وقال بعضهم ان الحوض الذي ضيقه يمنع اليد
ان تدخل كلها لا يمكن خروج الجنين منه حيا انتهى ولجل الانتفاع بهذه
الواسطة حسب الامكان ينبغي ان يعرف الطبيب المولد من قبل جميع ابعاد يده
اي اقطارها بالضبط اعني طول سبابة الى مجمع الوسطى واصل الابهام ممتدا
ثم ثنيا وان يعرف الدائرة والاقطار اهما اذا كانت مطبوقة وان يعرف
السعة التي يقاس بها اعظم تباعد ممكن لكل اصبع

فبواسطة الاصبع او اليد تعرف انواع عيوب الحوض مهما كان محلها
وطبيعتها ودرجتها واستقامة العجز او افراط تقوسه والاورام العظمية وبقية
الاورام مهما كانت والاقطار المستعرضة كالمقدمة الخلفية ايضا واذا ضغط
بعض قوة على رأس العصص يمكن ان يعرف ما يمكن ان يكتسبه القطر
العصص العاني باقتلاب هذا العظم الى الخلف ومن اعترض بان الاصبع
قد لا يكتفي طوله للوصول الى زاوية العجز لم يتنبه الى ان الحوض الذي لا يمكن
ان تم فيه السبابة التوا البارز يكون بسبب ذلك زائد الاتساع بحيث
لا يحتاج الطبيب لان يفتش على ازيد من ذلك

هذا ومع ذلك قد يعسر جدا ان يميز الحوض المشوه من غير المشوه وقد لا يمكن
في بعض الاحوال ان يعين بالضبط طبيعة كل عيب على حدته ودرجته
فلذلك اخترعت القابلة بوافين آلة توصل الى نتائج صحيحة وسمتها المقياس
الباطن للحوض وهى من حيث ان شعبتها يوضعان منفصلين عن بعضهما
احدهما فى المستقيم والاخر فى المهبل او على العانة يمكن ان تستعمل فى الابكار
وفى الثيمات الحوامل وفى جميع ادوار الولادة ويمكن استعمالها ايضا لمعرفة
الاقطار المنحرفة والمستعرضة وتغيير فرعها المهبلى يفعل به ايسرولة ما يفعله
بركار السمك اى الثخن لكن قال المؤلف وعندى يقين انه لا ينال بها قياسات
زائدة الصحة

وذكر بوزوس ان عملية البحث غير نافعة وانه يكفي ان يكون مع المرأة ابن العظام
او تعة نازوروغان فى السلسلة لتتبع من التزوج وهذا غير صحيح فالتاثير
ما شاهدنا نساء جوضهن مشوه التكون وولدن اولادا بكارا اقويا

(التعليم الثانى)

(فى اعضاء التناسل)

اعضاء التناسل فى النساء كما فى الرجال جزء منها محوى فى الحوض وجزء
خارج عنه

(الباب الاول)

(فى اعضاء التناسل الظاهرة)

اعضاء التناسل الظاهرة هى جبل الزهرة والقرج والعجان وهى توابع للاعضاء
الباطنة ففعلها فى الوظيفة الكبيرة التناسلية تابعى اى ثانوى الا انها
عند اندفاع الجنين تسكب تغيرات وتكون معرضة لاططار فلذلك كانت
معروفة نافعة للطبيب المولد

(القسم الاول)

(فى الحالة الطبيعية لتلك الاعضاء)

(الفصل الاول)
(في جبل الزهرة)

جبل الزهرة ارتقاع مكون من الاجزاء الرخوة التي تغطي مقدم العائتين والاصول المركبة له في الحقيقة هي الشجيم والحيوط اللينة والمنسوج الخلوي وهو في النساء السمان يكون احيانا مفصولا عن البطن كما في سن الطفولية ايضا يسبق مستعرض عميق والبروز المكون له يختلف ايضا باختلاف ارتقاع العظام الحاملة له بالمختلفة ايضا باختلاف الاشخاص والجلد المغطى له مميّك مرن قليل التمدد مغطى في البالغات بشعر ويحتوى على كثير من اجربة دهنية جميع ذلك يشبه وسادة منفعتها على رأى كثير من المؤلفين تتعلق بالجامع وتأليف جبل الزهرة يوضح جيد الاوجاع الشديدة التي تصاحب التهاباتها الغفغفونية ويفهم منه كثرة الاهتمام بسرعة فتح الخراجات التي يكون مجلسا لها

(الفصل الثاني)
(في الشفرين الكبيرين)

الشفران الكبيران ثنيتان جلديتان كأنهما ناتجتان من التفرع السفلي لجبل الزهرة وهما يأخذان في التباعد عن بعضهما شيئا فشيئا الى وسط طولهما ثم قربان الى ان ينضما قرب الشرج باصبع فلهما مجمعان احدهما اعلى اوعاى والاخر سفلى او عجماني ووجههما الوحشي مكون من جلد الفخذ فهو مجاور له ومغطى بشعر كالعانة في البالغات ووجههما الباطن يجاور فوهة الفرج وهو املاس نقي من الشعر ولونه وردي وبشاهد فيه اجربة دهنية او مخاطية كثيرة وينبغي للطبيب المولد ان يعرف ان المادة الاتية من تلك الاجربة يمكن ان تصير حريفة مهيجة بحيث تولد سيلانا كثيرا ما ظنوه مادة بليثوراجية خصوصا في النساء الوسخات

وسلك الشفرين الكبيرين في النبات الصغار من الاعلى اعظم من الاسفل اما في النساء اللاتي ولدن اطفالا فبالعكس غالباً وهما قبل البلوغ ايضا قربان

أبعضهما وفيهما كثافة عظيمة وبعد التزوج يتباعدان ويصيران من تخمين
من رقبين وفيقدان انتظامهما

وهما مكنونان بجبل الزهرة ماعد الجلد والغشاء المخاطي من منسوج خلوي
خيطي وشحم وشرايين وأوردة وأوعية لينفاوية وأعصاب وهما مثله أيضا
محل للالتصاقات المصاحبة لآلام شديدة تستدعي المبادرة بفتح الخراجات التي
تكون هناك مع الاحتراز عن الغور بالالة غورا عميقا حذرا من تكون
النواصير وهما لكون منسوجهما أكثر خاوة من منسوج جبل الزهرة وانهما
معرضان لاحتمال كبر قديتكون فيهما تجملحات صديدية أو انصبابات
دموية أو مصلية أو غير ذلك بحيث يمكن ان يكتسبا حجما عظيما

أو هذان الشفران قديصيران أيضا مجلسا لتتوق أو أورام أخرى ينبغي ان لا تشبه
بالأورام السابقة والشق المحدود بهما ويكون على اتجاه القطر العصبي
العاني يسمى بالفرج وأما مجموع الأجزاء التناسلية الظاهرة فتسمى بالخياض وربما
أطلق عليها اسم الفرج أيضا وهذا الشق يحتوي على أشياء كثيرة وهي
من الأعلى إلى الأسفل الشفران الصغيران والبظر والدهليز والصماخ البولي
وفوهة الفرج وغشاء البكارة والحفرة الزورقية والشوكة

(الفصل الثالث)

(في الشفرين الصغيرين)

سبحا بذلك لانهما اصغر من السابقين وهما يشبهان عرف ديك صغير وكل منهما
ثأني بقرعين يتصلان بقلعة البظر وينزلان متباعدين حتى ينتهيا بنحو وسط
طول الكبيرين في محاذة فوهة المهبل وقوامهما متين ولونهما محمر ووجههما
الوحشي يجاور الوجه الانسي للكبيرين والانسي يجاور الصماخ البولي
ومدخل المهبل وحافتها العليا ملتصقة والسفلى سائبة محدبة وهما مكنونان
من ثنية غشائية طبيعتها مخاطية رقيقة قوية الحساسية ومن منسوج
اتصالي واسفنجي مشابه لمنسوج الاجسام المخوفة في الرجل مشابهة تامة
ومن غدد واوعية وأعصاب وفي ابتداء ازمدة الحياة يجاوزان غالباً محاذة

الشفرين

الشفرين الكبيرين وفي الصغار الابكار بالعكس اى ان الكبيرين يحقيان الصغيرين وفي النساء الادنى ولدن اولاد ايرزان من جديد لكن مع ذلك يفقدان كتابتهما ولولتهما الوردى وهناك بالنظر لذلك تنوعات كثيرة فتارة لا يتغير منظرهما وتارة يكفسيان طولاً عظيماً اما في جميع سعتهما او قرب طرفهما الخلقى فقط وهذه الضخامة التى هى طبيعية في بعض الاحوال تكون في الغالب عارضية بل قد تعظم جدا بحيث تتعب الجماع ويضطرون غالباً لقطعهما وفي بعض الاقاليم يكونان كبيرين جدا طبيعية كما في بلاد الفرس والترك والسودان ولذلك يقطعونهما غالباً

وقد تكلموا ايضا على ثنية مخصوصة تسمى فوطه هونثوت وذكروا لها شروحا مختلفة وفي الواقع هى امتداد من الشفرين الصغيرين وهى لا توجد عند الهونثوتيين المتدينين وانما توجد على الشواطىء المتوحشة حوالى رأس الرجال وافق ان امرأة منهم جاءت لباريس وشوهت فيها ذلك فكان طول شفرها الصغيرين بجملة قرايط مع ان الغالب كونه من ثلاثة خطوط الى اربعة ومنفعة هذين الشفرين غير جيدة المعروفة والاقدمون قالوا انهما يوجهان سلسول البول والمتأخرون زعموا انهما يفسطان فيذهبان مدة الولادة بحيث يعينان على توسيع الفرج وهذا الاصل له ويقال ايضا انهما ممتعان بحساسية عظيمة فنفهتهما زيادة لذة الجماع

(الفصل الرابع)

(في البظر)

البظر حدة شبهها بعض المؤلفين بالغلصنة وهو كضيب صغير يميز فيه طرف ما تب مستدير على شكل حشفة وجسم يرتبط باصليين في الفرجين الوركيين الدائمين لكنه غير محفور بقناة كضيب الرجل وبغشيه ثنية من الجلد تحده له كلفة وتذهب حتى تنفى في الشفرين الصغيرين الذى يكون ذلك البظر كاصل لهما وفي الاشهر الاول من الحمل يكون البظر في الجنين طويلاً كبير الحجم كضيب وبعد الولادة يكون فيه كبر ايضا لكن بعد ذلك يتقطع نموه او ينقص

بجيث يكون نذر البلوغ غالباً من أربعة خطوط الى ثمانية وقد يكتسب في بعض النساء نوا عظيماً قد شوهد طولها من قيراط الى خمسة وحينئذ قد يشبهه بقضيب الرجل وهذه الهيئة عظيمة الاهتمام ايضاً في شئ آخر وهو ان النساء اللاتي معهن ذلك يكون لهن بعض صفات تبعدهن عن الالتحاق بكل من الصنفين فتكون انداؤهن قليلة البروز وسهنتن كالرجال ولهن لحية وميل الى الاشغال التي لا تملطها النساء ويصنن طويلات ويعلمن للتساقط مع مثلهن وبالاختصار هن اللواتي حصل فيهن كلام طويل وسهوهن بالخطي المتشاكل

والتركيب الخاص للبطر يستدعي انه عند الجماع يتراكم فيه الدم فينتفخه ويحدث فيه انقباضاً والغشاء الرقيق المغشى له من حيث ان طبيعته من طبيعة غشاء الشفرين الصغيرين ويعوجب ذلك يكون كثيراً الحساسية فيقيد انه هو المحل الرئيس للذة وهو قد يكون يحس البعض آفات مرضية وطرقه يمكن ان يقول الى كتلة ليفية شريحها بعضهم بشرح مخصوص ولما كان افراط غمزه قد يعيب في الجماع ومنفعته قليلة عمل فيه الخلق وقد شوهد بلوغه في النمو تسعة ارطال وعلمت له علامة القطع بخراج

(الفصل الخامس)

(في الدليلين)

هو محدود بالبطر والوجه الداخلي للشفرين الصغيرين والصماخ البولي فهو مسافة صغيرة مثلية مضغوطة تطابق الجزء الارفع من التقوس العاني ومنه اوصى سيلسوس ولبسقرن بالنفوذ الى المثانة لاستخراج الحصى من النساء وليس له وظيفة مخصوصة في التناسل ويرزول وينجذب الى الخلف مدة الحمل

(الفصل السادس)

(في قناة مجرى البول)

يشاهد تحت الدليلين فتحة مجرى البول ويقال لها الصماخ البولي وتحيط بها حوية يشاهد فيها افواهات ظاهرة لبعض غدد مخاطية وفي مدة الحمل يجذب

هذا الصماخ لباطن الحوض فتعصر في الغالب مشاهدته ولا تفصل تلك
 القمحة عن المهبل إلا بالحدبة البارزة التي ينتهي بها العمود المتوسط المقدم له
 وبواسطة هذه الحدبة يمكن ان يجس بهض النساء بدون تعريتهن لكن بشرط
 الاعتدال والممارسة فالاصبع يكفي لتغيير تلك الحدبة وتوجيهه الجس ويجري
 البول في النساء عريضة مخروطة فهي اوسع من مجرى القضيب في الرجال
 طولها من اثني عشر الى خمسة عشر خطا وتمتد من الصماخ البول الى عنق
 المثانة وهي قليلة الانحناء جدا واتجاهها انقي مدة فراغ الرحم ثم في اواخر مدة
 الحمل تصير عمودية وهذه الحالة مهمة المعرفة في ادخال القانا طير وايس لها
 كما في الرجال بروسنا تاو لا بصله وجدارها السفلي يختلط مع الجدار المهبل
 المقدم ويحصل فيه رض وانمراس او غزق عند الولادة اذالم يبق عادة في طرف
 التقوس العالي مسافة خالصة ضيقة يمكن ان تسكن فيها القمحة ودون الوجهية
 او الحدبة الجدارية من الجنين واتجاهها وقلة طواها وكذا ان يساطها وعرضها
 توضع سهولة جسمها بالقانا طير وندرة تكون الحصة في النساء بل والتلقيح
 في بعض الاحوال التي لا تنفتح فيها الرحم الا في المثانة واتفق في حالة ذكرها
 فلا مان سهولة دخول الاصبع فيها وكان المهبل منقسما بفشاء البكارة
 والمرأة حبلى واتفق في امرأة اخرى ان الرحم كان معدوما وانتهى حال المجري
 بان يسرفها الجماع

(الفصل السابع)

(في غشاء البكارة)

فوهة المهبل واسعة غير منتظمة في النساء اللاتي ولدن اولادا وتكون اكثر
 استدارة من خلفها لا قطار ايضا في المتزوجات اللاتي لم يلدن وتكون متضايقة
 بفشاء البكارة في الابكار

وهذا الفشاء قية توجد دائما اذالم تتلف بعارض في البنات الصغار ويظهر
 انها توجد في بعض الحيوانات كالنساء بين والدب والارانب وغير ذلك
 وربما وجد ايضا في الطرائف والخيول والقرى

(المبحث الاول)
(في شرح هيئة ذلك الغشاء)

هو شبه بهلال حافته المقعرة الحادة ملتفتة الى الامام فيوجد له حينئذ طرفان يمتدان احدهما الى محل اتصالهما بمجرى البول ليكونان صماما حلقيا عرضه يتناقص كلما قرب للصماخ البولي وهو متصل بحافته المهدبة مع الغشاء المخاطي للمهبل والفرج ويمكن ان يضيق مدخل القناة الفرجية الرحمية بدرجات مختلفة بل قد يسدها بالكلية ودائرتها تضيق من الخلف الى الامام قال المؤلف وقد وجدت فيه اليافا عضلية متصالبة كما في الرحم فكان سميكا مرنا زائدا الخوف فيه مقاومة واحدا وجرته رقيقة شفافا كغلالة سهلة التزق والغالب انه يكون اسماك في الزمن الاول للحياة منه في بقية ازمنته وشمكه في المولودين جديدا ولونه الوردي ورخاونه كالشفرين الصغيرين

وكانت العامة سابقا يعتبرونه كغشاء للبكارة بل كان كذلك عند اطباء الشرعيين وارباب الاحكام والاقضية فيحكمون على النساء الخاليات من ذلك بالذنب والفحش ويرتبون على ذلك احكاما وقصاصا جاثرا واما الان فقد عرف ان هنالك اسبابا اخر غير الجماع تداف هذا الغشاء فليس الجماع وحده هو المتلف له فقد شوهد تلفه اذا كان رقيقة مادية عريضا من الحركات العنيفة ومن انبساط الرجلين ومن منهج في الغشاء او عرق ومن مجيء الطمث فاذا كان سميكا عضليا مرنا غير انه ضيق لم يتأثر من الجماع بل ربما بقي الى الولادة فان كان عريضا مائلا او مائلا للمهبل كلا او بعضا ربما منع سيلان الطمث وتسبب عن مسك الدم في باطن المهبل والرحم عوارض ثقيلة وذكري سيلي ودائمان امثلة من نساء فيهن تلك الهيئة ونج منها الاعراض العامة للعمل ورجفت لهن صحتن وحالتهن الاعتيادية بشق ذلك الغشاء فخرج الى الخارج الدم الذي كان مائلا لتلك الاعضاء قال المؤلف وقد شاهدت امرأة سنها ثنتان وعشرون سنة وغشاء بكارتها منعهما من ان يجامعا ورايت ايضا مثل ذلك

في رمة

في رمة امرأه ستم انحوار بعين سنة وجومت وينا طويلا من زوجها ولكن
لم يحصل لها اولاد ومع ذلك فالقاعدة العمومية ان غشاء البكارة يتمزق من اول
جماع يحصل ويعقب ذلك التمزق الم يختلف شدته وسيلان دم قليل في بعض
الاحيان ومتى يتمزق انقبضت اهدابه ونشأ من ذلك حذبسان او اكبر تسمى
باللهيمات الالهيسة او الوريقات

(المبحث الثاني)
(في اصنافه)

اصناف هذا الغشاء ترجع الى ستة * اولها انه حالة كونه نصف دائرة يمكن
ان يكون ثقبية ضيقة صلبة بحيث يمكن الجماع بدون ان يتمزق وهذا النوع كثير
الوجود وثانياً انه اذا كان هلاليا اقرب كثير او قليلا لمجرى البول بحافته المقعرة
بحيث لا يضييق مدخل المهبل الا من الخلف فالجماع حيثئذ يمزقه غالباً بل دائماً
وثالثاً انه قد يكون دائرة حافتها السائبة ارق من الاخرى ويكون منسرفاً وفيه
فتحة تارة تكون مستديرة وتارة يكون فيها بعض طول لكنه عموماً يكون
اقرب للبعدار المقدم من البعدار الخلفي رابعاً ان يكون على شكل قرص او حجاب
خارج تام مثقوب عادة بعدد كثير من ثقوب صغيرة وتارة لا يوجد فيه ثقوب
خامساً انه بدل ان يكون صمماً بسيطاً او دائرة يشاهد فيه شبه لجام او حبل
مغير مثبت تحت مجرى البول وعلى الحافة المقعرة للغشاء نفسه وسادساً
يوجد احياناً غشاء ثان فوق الاول ببعض خطوط وامثلة ذلك في كتب المؤلفين
كثيرة لا حاجة للاطالة بذكرها

(المبحث الثالث)
(في شقه)

اما شق هذا الغشاء فيلزم للنساء اللاتي صرن حبالى مع بقاء هذا الغشاء ويعمل
ذلك الشق في مدة الحمل او زمن الطلق وقد يشق ايضا قبل التزوج ليعطى
منفذ لدم الطمث ويكون ذلك الشق الزم كلما كانت اعانة هذا الغشاء على ثقب
الحجاب او امساك الطمث اكثر وهو يعرض لا كلام اذا فعل لاجل الولادة

وفي مدة الحيض والاحتباس البول ولا آلام مدة التبرز ولتسجات ومن حيث
انه يعقبه احتياجا عوارض ثقيلة بل الموت ايضا في حالة احتباس الحيض
كان الاحسن فعله في سن الطفولية لكن من الخطا ان يقتصر فيه على شق
بسيط كما اوصى به بعضهم وانما يلزم ان يكون صليبا حذرا من رجوعه
لحالاته الاولى كما شوهد ذلك ثم يدخل في الجرح فتائل لتندمل كل شفة
على حدها

(الفصل الثاني)

(في اللصيمات الاسبية والوريقات)

ظن كثير من الفسيولوجيين ان هذه اللصيمات اعضاء مخصوصة غير متعلقة
بغشاء البكارة وبما ذلك على انها قد توجد مع كون الصمام المهبل سليما
فليس لعدد هاتاموضعها عندهم توضيح غير ذلك والرأى المخالف لذلك يرجع
الى ان المتسكين به لم يرد وارأى مخالفيهم بدليل قوى يمنع للشك قال المؤلف
وقد فتشت على سبب هذا الاختلاف واطن اني عثرت عليه وذلك ان الوريقات
الاربعة التي تشاهد عموما في مدخل المهبل وتقابل الاطراف الاربعة
للقطرين القاسم والمستعرض لهذه الفتحة ثنتان منهما اعنى التي تتجاور الصماخ
للبرؤى والتي هي امام الشوكية تسبان للعمودين المتوسطين من المهبل
والاخرى اربعة وحدهما بقايا غشاء البكارة فلا وليطان يوجدان اذن حتى
في الابتكار والاخرى لا يوجدان الا بعد الجماع فمن الواضح ان هاتين الاخرتين
اعنى الوريقتين الجانبيتين يلزم ان يختلفا في العدد والحجم والوضع على حسب
كون غشاء البكارة تمزق الى هدين او ثلاثة او اربعة وبكيفية متساوية او غير
منتظمة في اى جهة كان وعلى حسب اختلاف سمكه وعرضه وهما اللتان
يشوهان من الولادة بل قد يزلان ايضا بخلاف الوريقات المتوسطة فانها
تعظم من ذلك ولا تزول بالتقدم في السن

(الفصل التاسع)

(في النجاسات والحفرة الزرقية والشوكية والجمع)

اما الحفرة الزورقية فتشاهد بين المجمع العجاني للفرج اى مجمع الشفرين الكبيرين
والحافة المحدية لغشاء البكارة اى النصف الخلقى من دائرة الفتحة الظاهرة
المهبلية واما الشوكة فتكونة للحافة المقدمة منها ولا ينبغي اختلاطها بهاقتها
المؤخرة التى هى المجمع والغالب ان الشوكة تبرز فى الولادة الاولى بمرور
الجنين والحفرة الزورقية تزول حينئذ بدون ان ترجع

والعجان فاصل بين الفرج والشرج وطوله قيراط او قيراط ونصف وفى وسطه
بمخطط بارز يسمى العضرط والجلد مكون مسطحة السفلى واذا حلق الشعر
الغطى له نتج من ذلك احيانا بواسطة الاحتمكال آلام شديدة ثم تحت الجلد
اعنى بينه وبين الجلد الذى يتلامس فيه المستقيم مع المهبل توجد مسافة مثلية
مملوءة بالياف الخمية وينسوج خلوى وشحم واءصاب وعروق وتلك المسافة
لكونها اجزاء من العجان تطول جدا مدة الطلق بحيث تبلغ اربعة قيراط وخمسة
وقت اعظم فغط الرأس عليها مع انها تكون فى الحالة الاعتيادية قيراطا
واحدا واظن انه لا بأس يذكر بعض كيميائى فى الاقطار التقريبية للاجزاء التى
ذكرناها على حسب ما ثبت من مشاهدات المؤلف بدون اعادة لما قلناه
فى هيئة الاجزاء التى يتركب منها عجان المرأة فالاول من الجزء العلوى للعانة
الى البظر قيراطان ونصف وثانيا من المجمع المقدم للفرج الى الشرج ثلاثة
قيراط ونصف وثالثا من البظر الى المجمع الخلقى الذى فى الفتحة الفرجية
المهبل اصبع ونصف ورابعا من المجمع الخلقى للفرج الى رأس العصعص
ثلاثة اصابع وخامسا من العصعص الى الشرج ثمانية عشر خطا تقريبا
وسادسا من الشرج الى الفرج خمسة عشر خطا

ومن النافع ايضا ان يعرف ان العضلة العاصرة للمهبل المشابهة للعضلة
البصائية المحفوظة فى الرجل محوية فى سهل الشفرين الكبيرين وتكون
فى بعض النساء قوية جدا بحيث تقبض بقوة عظيمة مدة الجماع فتضيق فتحة
المهبل تضيقا شديدا وان الشريان الصغير الخيم الموجود فى الاجزاء المجاورة
وهو الشريان الاستحيائى بعيد نحو دائرة المضيق السفلى فيوجب ذلك

لا يكون التزيف هو السبب في الخطر الذي يمكن حصوله من تمزق هذا القسم

(القسم الثاني)

(في الحالة الغير الطبيعية لتلك الاعضاء)

قد يكون جبل الزهرة زائد البروز او الانخفاض او الطول وكل ذلك يدل على عيوب في الحوض وقد تعظم الحوية التي تحيط بالصماخ البولي بحيث تبرز خارجه عن الشفرين الكبيرين فيمنئذ يتعين كشطها وقد تعظم الزوائد الاسية جدا بحيث يضطر لكشطها غير ان هذا يكون على سبيل المرض العارض وقد تكامنا على النمو الغير الاعتيادي للبظر والشفرين الصغيرين والطول الخارج عن العادة لتلك الاجزاء في بعض القبائل ونقول الآن انه شوهده عدم وجود الشفرين الكبيرين بالسكاية وقد يكونان قصيرين جدا او طويلين جدا واحيانا شوهدها لتصاقهما ببعضهما في جزء من سعتهما او في جميعها وامثلة ذلك في كتب المؤلفين كثيرة وسيما مشاهدة ذلك في بلاد الفرس والترك بل وفي معظم افريقية والسودان الذين اعتمادوا على فعل ذلك الالتصاق في بناتهم بالادماء والخياطة مع ان ذلك قد لا يمنع الحمل متى كان هنالك منفذ ولو ضيق الدخول المتى فانه عرف بالاوروبا قصة بنت رومية كان فرجها مقطب الجرح صلب الالتحام وكان يظن حمايتها عن الحمل فقربت نفسها للجماع فحملت قهرا ومن اسباب ذلك ما اتفق ان هذا العيب حصل من ركض طويل على حمار ومن ولادة شاقة وقد شوهده فرجان في بنت صغيرة احدهما فوق الاخر وبصح ان يقال ايضا اذا كان المهبل مزدوجا انه يوجد فرجان جانبيان وقد يحصل مثل هذا العيب ايضا في الشفرين الصغيرين وحصول ذلك من مرض مكثسب اكثر من حصوله من عيب اصلي في التكون واتفق عدم وجودهما اصلا وشوهدها ايضا ثلاثة اشفار صغيرة وقد تطول الاشفار الصغيرة حتى تجاوز الكبيرة

(الباب الثاني)

(في الاجزاء الباطنة)

الاجزاء الباطنة لا تناسل في النساء هي الرحم والمهبل والبوقان والمبيضان
والاربطة التابعة لهما

(القسم الاول)

في الحالة الاعتيادية لتلك الاجزاء

(الفصل الاول)

(في الرحم)

الرحم كتلة مجوفة معدة لان تحتوى على البذرة مدة الحمل وتقذفها عند
الولادة فتكون هي العضو الرئيس للعمل لا لتناسل خلافا لكثير من المؤلفين
وهي موضوعة في تقعر الحوض خلف المثانة وامام المستقيم واسفل الامعاء
الداقاق وتتصل من الاسفل بالمهبل وتكون في حال فراغها موضوعة في اتجاه
محور المضيق العلوى

وشكلها كبرى مفرطح او مخروطى مقطوع مضغوط من الامام الى الخلف
وقاعدتها مائلة الى الاعلى وطرفها الى الاسفل والشرائط القاسم الذى زعم
لوفرىب انه يشاهد غالبا في ظاهرا الرحم وكأنه يقسمها الى قسمين متوازيين
لا يوجد في الحقيقة الا نادرا خارجا عن العادة ولتصور ظاهرات الحمل ينقسم
الرحم انقساما اصطلاحيا الى قعر وجسم وعنق فالقعر او العمق يشتمل جميع
ما يوجد اعلى الخط الافقى الذى يمر من احد البوقين الى الآخر والجسم يمتد
من هذا الخط الى المضيق الذى يشاهد في اصل العنق والعنق فيه اتساع ويقوم
منه الجزء السفلى للعضو

(المبحث الاول)

(في سطحها الظاهر وبوزن نسبي)

سطحها الظاهر * يميز على السطح الظاهر للرحم اولا قسم مقدم قليل التعذب
مغطى نصفه العلوى بالبريتون والباقي منه يلامس قعر المثانة وثانيا قسم
خلفى اكثر تحدبا من السابق وسعته كلها مغطاة بالبريتون وهو منفصل عن
المستقيم بمسافة اى صغيرة يمكن ان تحتنق فيها الامعاء وثالثا ثلاث حواف

احداها عليا محدة ملسا تحاذي العمق اى القعر والاخران جانبين
 محدبتان في نصفهما العلوى ومقعرتان من الاسفل وكانهما يفتيان في الاربطة
 العريضة ورابعة ثلاث زوايا ثقتان علويتان جانبيتان يوصلان الحوا في الثلاثة
 بينهما وكانهما يولدان البوقين واربطة المبيض والاحبال العانية العليا
 والثالثة سفلى وتشهد في اعلا المهبل ويهتم بها اكثر من الاولين لانه يوجد
 فيها قوة على شكل شق تقسمها الى شفتين قسمي تلك الزاوية لذلك بوزن شيا
 (سك يسمى جنسه شبر ينوس وفي مصر بالقنوم) قسميها ايضا بوزن القنومة
 والمقدمة من هاتين الشفتين اسمك من الخلفية واعرض منها قليلا وطول
 ولكن من حيث ان المهبل يصعد الى الخلف اكثر من الامام يظهر اذا المست
 امر اتبناه ان الشفة الخلفية اطول من المقدمة وتلك الخصوصية ينسب
 الغلط الذي وقع فيه كثير من القوابل حيث قالوا ان الشفة المقدمة اقصر من
 الخلفية بل وارق منها ولاجل تحقيق الطول النسبي لشفتي العنق يكفي ان
 تفصل الرحم من مينة عن المهبل فيشاهد حينئذ ان الشفة الخلفية ارق
 واضيق واقصر من اختها لكن هذا الاختلاف لا يكون في الحقيقة محسوسا
 الا في النساء اللاتي ولدن اولادا ولما ما ادعاه لوفريت من ان هذا الاختلاف
 انما هو في البنات الصغار وان العلق يذهب به والولادة تطيل على الخصوص
 الشفة الخلفية فغلط وبالاختصار ينبغي لمواقفة ما قلنا ان لا يشبه العنق
 نفسه بشفتيه فطول الاول الى الخلف لا يمنع كون خلفه المقدمة اطول
 وهاتان الشفتان في البنات اطول مما في غيرهن ويعسر عند المس بالاصبع
 ان يحس فيهن بالشق الخيطي الذي يفصلهما عن بعضهما لكنه اذا علم ان
 الاحساس الناتج من ملامسته يشبه الاحساس الذي يستشعر به اذا وضع
 بطن الاصبع على فص الانف سهل بذلك تمييزه فمع ذلك قد يوجد احيانا
 بدل الشق الضيق قوة مستديرة وغلظ ديزرموس ان ذلك يوجد على
 الخصوص في النساء العقيبات قال المؤلف وهذا رأى يحتاج لاثبات جديد
 فاني قد شاهدت عكس ذلك وينبغي ان يحترم من اشتباه الشكل للمستدير

الذكور بالشكل الذي كثيرا ما يشاهد في بعض ادوار الحمل في النساء اللاتي
ولدن اولاد ادمع ان التحرز من ذلك الغلط قد يكون احيانا عسرا
والنساء اللاتي لم يلدن تكون شفتا بوز القنومة فيهن ملساوين منتظمتين
كثيفتين وان كاشا ايضا سلستين وجميع العنق ينتهى بطرف مدبب اما بعد
تكرر الولادة فيكون الشق اعرض واقل استواء والشفتان اكثر تباعدان
بعضهما باطرافهما السايبة وتكون المقدمة اطول ومنتبیه غالباً بطرف حاد
ويوجد فيها قحبيات وتوات تشاهد ايضا على الشفة خلفية وتفصل عن
بعضها بما يارب تختلف في العمق والعدد خصوصا من اليسار ومع ذلك
لا تثبت هذه الهيئة الاخرة حصول الحمل مرات كثيرة نظرا الى ان كثيرا
من الامراض قد تجد نها ويلزم ايضا ان يعرف ان الحالة المتقابلة لذلك تدوم
في بعض النساء بعد الولادة مرارا حال الموقوف ومن ذلك ما شاهدت في امرأة
كانت في سابع حمل لها فكانت الزاوية للمهبلية للرحم اكثر انتظاما منها
في اخرى استهال الاجل المتقابلة بينهما وكانت الثانية في اول حمل لها

(المبحث الثاني)

(في سطحها الباطن)

السطح الباطن للرحم يسمى ايضا تجويف الرحم والقوالب يسمونه الى جزء
علوى ويسمى تجويف الجسم وجزء سفلى ويسمى تجويف العنق
تجويف الجسم هو مثلث وجد رانه لا تفصل من بعضها في الحالة الطبيعية
الابطنية سميكة من جسم مخاطي ويوجد فيه احيانا على الخط المتوسط من
الامام والخلف شبه عرف يجتاز جميع طوله وترجع اليه خطوط منحرفة
او مستعرضة وجوانب هذا التجويف كعمقه ايضا تقرب للاستقامة وحيانا
تكون محدبة قليلا في البنات الصغار واما بعد الولادة فتبقى غالباً مقعرة جدا
وزاوية العلوية يمكن اتصال باصل البوقين ويكونان احيانا على هيئة قمع
وزاوية السفلى تسمى بالقمة العليا والقبة الرحية او الباطنة للعنق وتوصل
تجويف الرحم ببعضهما

تجويف العنق * شكله ينضوى طوله من اثني عشر خطا الى خمسة عشر وعرضه من خمسة الى ستة في جزئه المنتفخ ومن خط الى اثنين من الامام الى الخلف

ويشاهد على جداريه خصوصا الخلف ثنيات او خطوط يظهرانها اتصال بما يوجد في الرحم نفسه الا انها اكثر عموا والعرف المتوسط الذي هو اكبر حجما من غيره وابرز في الوسط منه في الطرفين يظهر كانه مكون من تقارب وريقات صغيرة كثيرة ثانوية منضمة ببعضها

والخطوط المستعرضة كلها منحرفة من اعلى الى اسفل ومن الجوانب نحو الخط السابق الذي تنتهي فيه على هيئة انتهاء وبريشة في ساقها المتوسط وهي مقعرة قليلا من الاعلى فلذلك تترك بينها ميازيب عميقة يوجد فيها دائما جربة مخاطية كثيرة واحيانا حويصلات صغيرة مستديرة شفافة على هيئة ديدان وكلاهما سابقا يعتبرونها نطفا ومكث مدة طويلة تسماة بييض نابوث واعني من ذلك اعني تحت هذه الشبكة التي يقوم منها ما يسمى شجرة الحياة توجد شجرة اخرى تختلف قليلا عن السابقة وهذه تسكلم عليها عند ما تسكلم على تأليف العضو وفي المحل الذي ينضم فيه الجداران وتختلط فيه الخطوط المستعرضة يشاهد ايضا خطان مستطيلان

والفتحة العليا للعنق ذكرنا انها تسمى بالفتحة الرجمية فلا حاجة لذكرها هنا ثانيا واما الفتحة السفلى فهي التي تفصل شقي بوز القنومة عن بعضهم او من حيث انها تنفتح في المهبل يصح ان تسمى الفتحة المهبلية

(المبحث الثالث)

(في اقطار الرحم)

الرحم في النساء الاتى لم يلدن يقاس من الجزء الا برز من عمقها الى طرف الشفة المقدمة للعنق فالقدر الاوسط يكون من ستة وعشرين خطا الى ثمانية وعشرين ومن يوق الى آخر من سبعة عشر الى عشرين ومن الامام الى الخلف في املك جزء منها من تسعة الى احد عشر وفي العنق من عشرة الى اثني عشر

خطاها

خطا بالعرض ومن خمسة الى ستة من الامام الى الخلف ومن ثمانية الى عشرة
بالعرض في محل تضايقه واربعة خطوط في ذلك هذا الحمل نفسه وكل من
جدران الرحم يكون كذلك اربعة خطوط في الجسم واثنان او ثلاثة في العنق
وشفتاها تبرزان في المهبل على هيئة تتومن خطين الى ثلاثة والشق الفاصل
لهما تكون سعته مثل ذلك تقريرا اذا كان هناك حمل

وبعد تكرار الولادة مرات يكون طول الرحم قيراطين ونصفا الى ثلاثة
قرايط وعرضها من عشرين خطا الى اربعة وعشرين في قعرها وارض
جزء في عنقها يكون من خمسة عشر الى ستة عشر وسلك جسمها من اثني عشر
الى اربعة عشر وسلك عنقها من ثمانية خطوط الى اثني عشر وسلك كل جدار
عشرة خطوط والفتحة المهبلية تكون اعظم بالنصف في الثدييات منها
في الابل

والرحم في الحالة الاولى ترزن من ثمانية دراهم الى اثني عشر وفي الحالة الثانية
تكون في العادة اوقيتين

(المبحث الخامس)

(في تأليف الرحم)

هي مركبة من غشاء ظاهر وغشاء باطن ونسيج خاص واوعية كثيرة
واعصاب ومنسوج خلوي

فاما الغشاء الظاهر فمصلى آت من البريتون فاما من الخلف فيمنزل الى اسفل
العنق ثم على الوجه الخلفي للمهبل وامام من الامام فينعكس على المثانة بعد ان
يغلف القسم المقدم لجسم الرحم وقبل ان يصل الى عنقها وهو ملتصق بجدارها
فحمته ويقوى التصاقه كلما قرب الى الحافة العليا او الى الخط المتوسط ويسهل
عزله عن ما تحته اذا ذهب الى جهة الارتبطة العريضة

واما الغشاء الباطن فلم يتفق جميع المشرحين عليه ولم ينفوا على حقيقة
بالشرح المعقول مع غاية الاتباه ولا بالتعفين ولا بالغلى ولا بالافعال
الكيمياوية ومن انشاء كشوسبيه وغيره يقول انه قرب نهاية الحمل يكون غلالة

رقيقة من تكوين جديد لا غشاء طبيعي او ذكر بكلا رانه يكون صفيحة مخاطية
 نامة فقدت منها بشرتها اما في غير زمن الحمل فلا يمكن اثبات كونه مخاطيا
 قال المؤلف وقد وددت في كثير من المواقف من حبالي اورد الولادة قليل
 الى اظهار اهداب متممة حتى لو لم يكن عزالها بالالات لكفت المتسامة
 في تأكيده وجوده فان الاعشية المخاطية ذوات الخل فجهر مادة مخاطية
 في حالة السلامة ومخاطية صديدية في حالة المرض ويظهر على سطحها
 البولبيوس والافراز الدموي وهذا السطح هنا يظهر فيه ايضا المواد
 المخاطية المذروقة عند العانة بالسكوب زمن اشتغال الولادة والسيلاوات
 الزهرية والاعتيادات الطمئية وغير ذلك وهذا يدل على ان باطن الرحم يتم
 مثل هذه الوظائف ويكون موضوعا لمثل الامراض التي تصيب الاعشية
 المخاطية واذا فرضنا وجود غشاء مخاطي للرحم فلا يقل من ان ننظم ان له
 سطحها مخاطيا يخضع على اجرة مخاطية كثيرة سيما الجزء السفلي للعنق
 ويتصل من الاعلى بالغشاء المخاطي لبوق الرحم ومن الاسفل بالغشاء
 المخاطي للمهبل

واما النسج الخاص للرحم فزعم ويرى ان الرحم عضلية ثم تارة يقيمون ادلة
 على صحة ذلك وتارة على نفيه ولكن قيل ان يحترم باعتقاده الرحم على كونه
 عضلي او عدم احتوائه ينبغي ان تتأمل هل فيه صفات المسوخ الفضلي وان
 نعرف ايضا ان اللون الاحمر ليس ضروريا للوجود لهذه المسوخ اذ لا يوجد
 في عضلات الالهة والوهام بل ولا في الطبقة العضلية لانهما لا انسان وان
 المتظر البني ليس من خصوصياته بل يوجد في الاوتار والعضلات وغيرها
 نعم لا بد ان توجد فيه قوتها لخاص وان يدعى على المصغر البني اللحم في فحين
 ومن جهة اخرى ينبغي ان يعرف ايضا ان اللينة الحسنة قبل ان تصل الى غاية
 تركيبها يلزم ان تتكاثر لدرجات مختلفة من النوعية تامة الكمال وانما قد تبقى
 في بعض الاعضاء في حالة اذ لا يتم الى ابتداء نشأتها ولا يعرف الا بطريق
 المرض مثلا الطبقة الرئوية في الفيل يفتيح وجود اللينان عضلية فيها

بجلا فها في النوع البشري فلا يوجد فيها شيء من ذلك الا نادرا وكذلك المראה
والخواصل المنوية وقصورها خالية من ذلك على رأى كثير من المشركين لكن
اذا حصل في تلك الخواصل الخضامة العظيمة المسجلة ابيرطروفا ونمعدت
بجدرانها بالطول التزم الشخص ان يختار وجود طبقة عضلية فيها كما قال
بذلك الاقدمون وشاهده المؤلف ايضا فالرحم قبل البلوغ انما هي عضلية
اصمية الى في ابتداء نشأتها واذا كانت بهذا البلوغ فارعة يكون تأليفها لوسجيا
اي ابتداءيا اما في نهاية الحمل فلا ينزع في ما يعتنق الاضلية اذ من المعلوم ان
المسوج اللين الرن الصفرا الذي تتكون منه قاعدة الاربطه بين الصفاق
وبين الشوك الفقرات تتكون منه ايضا لجه كثير من الاعضاء الاخرى وليس
هنالك عضو يوجد فيه ذلك بكرة غير الرحم وهذا النسج الخاص ماواه في الوسط
فيخدم عرايين الجموع الظلوي والعضلي والكليايويون وجدوا فيه العنصر اللين
قال المؤلف وقد رأيت محال مختلفة من الرحم تحولت الى مسوج اقراصى
وكل محل يحصل فيه ذلك تظهر فيه الياف لحيية عارضية وتوجد هذه الالياف
طبيعة في بعض انواع الحيوانات فمن اراد دراسة مسوج الرحم حتى يعرف
اصلا فيجعل ذلك مدة الحمل فانه - حيث يكون احمر قابلا للاقباض مكوّن من
الياف حليية تحتوي على مقدار كبير من العنصر اللين وبالاختصار يوجد
فيه - حيث يجمع صفات المسوج العضلي الزائد الوضوح

واما عتق وضع الالياف فقال ذلك قدمون انما متشبكة بحيث لا يمكن تمييز
اتجاهها او قال بعض المتأخرين انما تتجمع خصوصا نحو عن العضو فتتركب
منها عضلة مستديرة على هيئة قرص بلزمن ان تكون وظيفة لها فصل المشيمة عند
الولادة ويوجد الياف اسر نحو العنق لتعدل فعل الالياف الاول ولذلك
يتحرك العنق ثم يزول بالكلية عند الولادة ووجه على بعضهم تلك العضلة المستديرة
اصلا للالياف المتشعبة التي تذهب نحو العنق وامر كذا الجميع الياف الرحم
اوانه يتكون منها جلة طبقات متصالبة باتجاهات متخالفة وانما ما يحيط بها
او عضلتان احدهما باطنية والاخرى ظاهرة وان هاتين الطبقتين يسميان

الى طبقات اخر كثيرة ثانوية وقيل ان تلك الالياف على هيئة عرى متوازية
 في محور الرحم او على هيئة دوائر موضوعة وضعا اتقيا لجسم الرحم وعمقه
 مكونان من الالياف الاول واما العنق فأكثفه من الالياف الثانوي
 وذكروا ايضا غير العضلتين المستديرتين عضلة ثالثة موضوعة بالعرض معدة
 لان تقرب جذريان العضولين بعضها وشاهدت القابلة يوافين مسطحات لحمية
 اكثر مما شاهدت غيره هاذن كرت او لاخرية مستطيلة تشغيل الخط المتوسط من
 الامام والخلف وتمتد من العمق الى العنق وثانيا على كل وجه للعضو وكل
 جانب لهذا العمود القائم ثلاث مسطحات من الالياف مستعرضة تذهب حتى
 تغنى من الوحشية في البوقين واربطة المبيض والاربطة المستديرة والاربطة
 الخلفية وثالثا في عمق الزاويتين العلويتين للرحم مسطح مستدير مركزه مجاور
 لاصل البوق ويختلط متصل بالامام الاعلى بمسطح الجانب المقابل له واربعا
 قرب السطح الخياطى طبقة اخيرة ارق من بقية الطبقات واكبر الحكيمة غير ان
 ما قالته هذه القابلة غير انه خالفها في اثنائها وهى ان الشريط المتوسط اذا وصل
 للعنق يتفرع فربما ليتصل بال على الجوانب مع شريط القسم الهادى له وانه
 يوجد تحت المسطح المشع مسطح آخر اليافه المخترقة تتصلب ويتكون منها
 عضرط الخط المتوسط وتحت هذا المسطح مسطح آخر اليافه نصف حلقيه
 ويتكون منها العنق والزوايا ومعظم البوقين وانه وجد ايضا اليافا لحمية حول
 الاوعية قال المؤلف وقد شرح كثير من المؤلفين في ازمته مختلفة من حيائهن
 فرأيت ان جميع ما ذكر قوى التأسيس وانه يمكن مشاهدته لا سيما في الوجه
 الباطن او اخر الحمل ليعلم مسطح الالياف المستديرة
 وحاصل ما شاهدته في هذا الموضوع بالاختصاص ولا يوجد تحت البريتون
 الطبقة الاولى وهى رقيقة كثيفة مرة خلوية ليفية واحيانا تكون عضلية
 ليس لاليافها اتجاه ثابت ثانيا طبقة اسفل مما قبلها مقلعة من الياف مستعرضة
 تبضم الى مسطحات مختلفة متراكبة كهيئة العضلات العاصرة للعلوم
 وتجه كلها الى الخارج وتبضم نحو النقط الاربعة الاحلية التي ذكرتها القابلة

الماهرة فوافيق اعلى نحو البوقين والرباطين المستديرين والمبيضين والرباطين
الخلفيين فالسا اعلى من ذلك يوجد ايضا الياق مستعرضة غير ان الياق
المستطيلة والمخرقة تترأس على الخصوص في العنق حيثية تكون منها
هناك قاعدة الغضون التي تشاهد على السطح الباطن للعضو وتختلط بالياق
مستديرة حقيقية رابعا من الاعلى يشاهد زوائد منفردة آتية من الياق
المستديرة للبوقين ويكون منها في كل جانب قرص عريض مؤلف من دوائر
ذات مركز واحد

وقاعدة جميع هذه الياق هو المنسوج الخلوي اللين الاصفر المتحل للجوهر
المسمى فبرين واما المنسوج اللحمي فيظهر ونحو في هذه اللحمية الاولى
كافي الامعاء من حيث ان الرحم محتاجة لقوة عظيمة لا يتعجب من تضاعف
الياقها واختلاف اتجاهاتها المتضاعفة ايضا

واما الاوعية فيصل الى هذا العضو قسمان من الشرايين احدهما ينحني
الشرايين الرمية الآتية من الشريان الخليلي قد دخل في جوفه من جاني عنقه
وثانيهما الشرايين المبيضية الآتية من الاورطي او من الشرايين الكلوية تنسج
في جمل الرباطين العريضين وبعضها يوزع في المبيض ثم اذا وصلت الى حواف
جسم الرحم تنفرع فالتى من الجانب الايسر تتصلب مع التي من الجانب الايمن
فالتى من الاعلى تتصلب مع التي من الاسفل وكلها في غير زمن الحمل تكون
ضيقة جدا محبوبة في وسط المنسوج التي تنشق وتنتهي على نفسها مرات كثيرة
(واما الاوردة) فتوزع كتوزع الشرايين وتفرغ في الوريد الحرق في الباطن
من جانب وفي الوريد المبيض من جانب آخر وبعض هذه القنوات المختلفة
في مدة الحمل تغرد ثنائيا ثم تتحد جدا ويرتفع سمي في المسطحين اللحميين الذين
ذكرناهما قال المؤلف وهذا شيء اكدته على الموتى وكذا على الاحياء في العملية
انقبضت التي علمت سنة ١٨٣٣ عيسوية ولم يتيسر لي ان اؤكد وجود
الياق العضلية التي ذكرها غير ان حول الاوردة ثم ان هذه الاوردة تكسب
حجما عظيميا في جمل الرحم مدة الحمل بحيث يتكون منها قنوات كثيرة قطرها

ثلاثة خطوط اربعة وخمسة وهي خالية من الصمامات وسطحها الظاهر ملتصق بالنسيج اللحمي واذ قد عرفت حال هذه الاوعية كما ذكرنا عرفت سبب قوة تشربها المواد المحبوبة في الرحم احيانا وكثرة اصابة هذا العضو بالالتهاب الوريدي ولذا كان ذلك من الظاهرات التي تشاهد كثيرا في النساء زمن النفاس والاوعية الليفية للرحم كثيرة وتقذف ما فيها في الغدد الحوضية والحرقية ومن حيث انها مهينة كالاوردة في امتلائها بمواد مختلفة الطبيعة وفي التمايلات مثلها ينبغي الاحتراس عليها جيدا من اصابتها بالامراض والاعصاب الرحمية تأتي من الضفيرة العجزية والمجموع القعدي بواسطة الضفيرة الكلوية والصفيرة الخيلية فالقروص الاول يتوزع معظمها بل كلها في العنق فمن المعلوم انه ينسب لها زيادة الحساسية التي توجد فيه والفروع الثواني ليست معدة هنا كما في غير هذا الموضع الالتهاسية الغذائية ويلزم ان تتوزع بانتظام في جميع سعة العضو

(الفصل الثاني)

(في البوقين)

يسميان بالبوقين الرحميين ويوق في فلو يوس وهما اخطوان صغيرتان محوستان طولاهما من اربعة قراريط الى خمسة وحجمهما كرسية كابة ويمتلئان من الزايتين الجائيتين للرحم الى قرب الحفر الحرقية بحيث ينتهيان بطرف مشرف متوج يسمى بالشراقات او بصيوان البوق وهذه الانبوبة البوقية فيها تعرج كان معروفا للجالينوس وهي محبوبة في الحفاة العليا للرباط العريض وتجري فيها يأخذ في العرض عندما يذهب من الرحم بحيث يدخل فيه بحس متوسط ثم تضيق اولاً تدريجاً بحيث يعسر اذا بلغت الوسط ان يدخل فيها شعرة دقيقة ثم بعد ذلك تسع حتى تكسب سعة خطين او ثلاثة ومن الشراقات التي ينتهي بها طرفها السائب واحدة اصلب واطول من البقية تثبت في البيض وتجعل اتصالا بينه وبين البوق وتأليف هذين البوقين كتأليف الرحم فهما محاطان من الخواارج بالبريتون

الذي يلتصق بهما التصاقا متينا ومن الباطن بغشاء مخاطي يمتد الى الوحشية
اكثر من الغشائين الآخرين لئلا يكون منه ما يسمى بالصيوان وبين هاتين
الصفحتين طبقة رقيقة من منسوج لحمي اليافه نوعا من ككالا معا الدقاق
اولهما مستطيل لبعض هو الازالية من المسطح المستعرض الذي على وجهي
الرحم وعمقه وثمانية امداد واثرة قطع الالياف الاول قطعا عموديا ويظهر كأنها
متعلقة بالقرص المستدير لزايا الرحم قال المؤلف وقد انكر بعضهم الغشاء
الباطن لكنني شاهدته مع غيري مرار كثيرة سهل الاتصال اكثر من الغشاء
المخاطي للبرئ

واما التنيات الصمامية التي ذكرها بعض المؤلفين للبرئ وتقالوا انها بسببها
لا يمكن رجوع البذرة الى اللبيض وان المادة المنوية للرجل لا تنفذ للبرئ
فانما هي واهمان وتخيلا اختراعهما اشخاص لدفع المعارضين لهم
والشرايين آتية من الشرايين المنوية والا وودة مصابة لسيرها والاوعية
الليفافية هنا كثيرة ايضا ولا عصب آتية من الضفائر الكلوية

(الفصل الثالث)

(في المبيضين)

المبيضان جسمان صغيران بيضاوي الشكل حجمهما كلورة ووجههما خشن
وهما مترطمان من الامام الى الخلف ومحصران في الجناح الخلقي من
الباطن العريضين

وطرفهما الانسي مثبت في الزاوية العليا للرحم بواسطة رباط مخصوص
يسمى رباط المبيض طوله نحو اربعة اطنصاف تقريبا والوحشي مثبت
في الصيوان البوقي باطول الشرافات وهما متكونان من غشائين ونسيج
خاص واوعية واعصاب فالغشاء الظاهر آت من البرتون والذي تحته
منسوب للعضو وهو ليفي كثيف متين منقسم بالغشاء الظاهر بحيث يعسر
فضله عنه ويلتصق بغشاء النسيج الخاص فيرسل فيه زوائد كثيرة والنسيج
الخاص رخو نطوي وعلى سبيل المحصر في تلكه حوصلات صغيرة من خمس

عشرة الى عشرين ممتلئة بسائل صاف واحيايا يكون محمرا او مصفرا ومن تلك
الحبوب ما حجمه اصغر من حب الدخن وموضوع في عمق النسيج ومنها ما حجمه
كحب الشهد النج واورعية المبيضين آتية من الاوعية المنوية واعصابها ما آتية
من الضفائر السكلوية ومن الواضح ان المبيضين نافعان في وظيفة التناسل
بحيث اذا فقدوا من امرأة كانت عقيمة

(الفصل الرابع)

(في الاربطة)

وبعد الكلام على اعضاء التناسل الباطنة نتكلم على الثنيات الرباطية
التي تتكون لها من البريتون

(المبحث الاول)

(في الرباطين العريضين)

الرباطان العريضان يسكان الرحم في محلها فيتمسكون بهما معا خارج
مستعرض يقسم تجويف الحوض الى جزئين مقدم يتخصر فيه المثانة وخلفي
ينحصر فيه المعال المستقيم ولكل من هذين الرباطين سطحان واربع حافات
فالسطحان احدهما مقدم يجاور المثانة والاخر خلفي يجاور المعال المستقيم
واما الحافات فالخافاة العليا سائبة تمتد من زاوية الرحم الى الحفرة الحرقفية
وتقسم الى ثلاثة اجنحة مقدم ينحصر فيه الرباط المبروم ومتوسط ينحصر فيه
بوقا الرحم وخلفي ينحصر فيه المبيض ورباطه واما الحافتان السفلى والوحشية
فيتثبتان في الحوض واما الانسية فتصل بالبريتون المغطى لسطحة الرحم
والرباطان المذكوران مؤلفان من صفيحتين من البريتون يوجد بينهما
الاورعية والاعصاب الرئيسة للرحم

(المبحث الثاني)

(في الرباطين المبرومين)

هما خيلان ابيضيان مبيضان مفرطحان قليلا ضيقان في وسطهما اكثر
من طرفيهما ومتعظران في الجناح المقدم للرباطين العريضين وينشأان

من زاويتي الرحم العلويتين امام البوق واسفله قليلا ويمران في الخلفيتين
الاربيتين وينتهيان في النسيج الخلوي للاربيتين وفي جبل الزهرة وفي الشفرين
الكبيرين وهما على حسب ما استنتجه كروفلييه من بحثه زائدتان من النسيج
الخاص للرحم فينشأتان من المسطح المستعرض المقدم والمتوسط للرحم
طبيعتهم اعظمية والايمين منهما اقوى من الايسر ويدخل فيهما اوعية دموية
واوعية لينفاوية واعصاب ومنفعتهم ما غير جيدة المعرفة

(المبحث الثاني)

(في اربطة الرحم المقدمة والخلفية)

ذكر بعض القوابل مثل القابلة توافين اربعة اربطة اخر اثنتان مقدمتان وهما
رحمان مائتان واثنان خلفيان وهما رحمان عجزيان فالاولان يقل وضوؤهما
في اغلب النساء فيذهبان من جانبي عنق الرحم الى الاجزاء الجانبية من عمق
المثانة وهما مكونتان من بعض الياض لحمية كأنهما ممزجة من المسطح المستعرض
المقدم السفلي المنسوب لعنق الرحم واما الاخرتان اللذان يساهما ببعضهم
بالرباطين المبرومين الخلفيين فهما اقوى وامتن من السابقين وينشأتان من
الاسفل قليلا للوجه الخلفي للعنق ويتجهان الى الخلف فيتكون من كل منهما
هيئة هلال تقعره شاخص للخط المتوسط فيسيران حتى يأتيا الى جانبي
المستقيم وهما كضفئان في المنسوج الخلوي والبريتون المغشي لمقدم الهجز
ثم استظهر المؤلف ان هذه الاربطة من طبيعة الاربطة المبرومة وان اليافها
الحمية آتية من المسطح المستعرض الخلفي السفلي للرحم وبموجب ذلك
يعلم كونهما تمنع انقلاب الرحم وانها كالأربطة المبرومة تمنع بوزنفسيا
عن ان يتجه الى الامام فتكون معرفتهما مهمة للقوابل سيما وبعض المتأخرين
جعلها محلا لمرض مزمن كثير الحصول للوالدان ثقيل الانذار

(الفصل الخامس)

(في المهبل)

المهبل قناة اسطوانية وطوله من ثلاثة قراربطة الى اربعة وعرضه قيراط تقريبا

لكنه قابل للتجدد جدا بحيث يكتسب وقت الولادة اتساعا عظيما حتى يخرج منه الجنين وهو يمتد من الفرج حيث يختلط مع الشفرين الكبيرين وغشاء البكارة حتى يصل الى عنق الرحم في هاتئ دائرة ولذلك يسمى بالقنلة الفرجية الرحمية وانجهاه مواز تقريرا لاجزاء الجدار الخلفى للثقب اعنى انه يكون مقعرا من الامام ومحدبا من الخلف فيجاء به ورمح المضيق العجائى ويستكون منه مع القطر الكبير للرحم زاوية قدرها خمس وسبعون درجة تقريرا فينتج من هذه الهيئة ان جداره الخلفى اطول من المقدم وان طرفاه المائل احدهما نحو الآخر من الامام بجوزان بالضبط المسطحين لضيق الحوض وقفخته الفرجية ليست في مركز المضيق ولما كان الشرج اقرب قليلا للعانة من العصص كان من اللازم ان يكون هناك مسافة عظيمة بين الجدار الخلفى للمهبل ونهاية المستقيم

المجاورة للقسم الخلفى لسطحه الظاهر مستند باخماسه الثلاثة المتوسطة من امتداده على مقدم المستقيم فيعين على تكوين الحاجز المستقيم للمهبل وخمسه السفلى بقربه للفرج بعدد من المصافي جميع سمك الحجاب وخمسه العلوى سائب فى الحوض ومغشى بالبريتون والقسم الخلفى لهذا السطح منضم بواسطة منسوج خلوى كثيف مندمج اولا مع عنق المثانة ليحصل من ذلك الحاجز المثافى للمهبل ثم يجرى البول فينتج من ذلك الحاجز الجبرى للمهبل والمهبل محاط من جانبيه بعروق واعصاب ومنسوج خلوى كثير قال كروطيه ويوجد فى باطن المهبل على جداريه سببا للجدار المقدم قرب القنلة الفرجية غضون او نتوءات مستعرضة مثل التكرش القليل الانتظام الذى يوجد فى قبوة الحنك ويتدأ هذا التكرش كله من خط متوسط او عرف بارز يمتد على هيئة عسرة متوسط على طول الجدار المقدم للمهبل وعرف الجدار الخلفى اقل بروزا من الذى فى الجدار المقدم وهذان العرفان المتوسطان يسميان بعمودى المهبل والغضون المستعرضة كثيرة فى المولودين جديدا وفى الابكار وتبقى دائما بدون زوال فى الجزء السفلى وليست هذه الغضون ثبات فيظهر

انها لاتفتح في اتساع المهبل انتهى وقيل انها ثقبان نزول مدة الولادة
ثم ترجع بعدها قليل وقد ذكرنا سابقا ان هذين العمودين المتوسطين
بوصولهما اسفل الصماخ البولي وامام الشوكة ~~يكون~~ ~~منهما~~ ~~محيضا~~
بالحيضين او الوريقين الاسيتين المقدمة والخلفية

والجوف المهبل ينتهي من الاعلى بشق او بصاخر مستدير ويكون من الخلف
اعمق من الامام وجدرانه التي هي رقيقة وموضوعة بين الاعضاء القابلة
الاتساع والاقباض المتعاقبين تلاصق بعضها في الحالة الاعتيادية غير انها
محصنة بقوة انبساط عظيم ولذلك كان ذلك الجوف مختلفا اختلافا عظيما
باختلاف الانضمام في بعض الاحيان ~~يكون~~ اوسع في جزئه المتوسط
من بقية الاجزاء وذلك لكون الرحم زائدة الانقباض واحباتا اخرى يكون
الاتساع في جزئه العلوي قطب خوصه في اللاتي ولدن اولادا وذلك ينشأ من
كون عنق الرحم بقى اغلظ ~~ما~~ كان قبل التزويج وامانساوي الابعاد في جميع
طوله فلا يكون الا في النساء الذي لم يباشرن لذة الجماع او باشرن قليلا جدا

تأليف المهبل * يدخل في تركيبه طبقتان احدهما ظاهرة هي امتداد من
الصفاق الظاهرة للرحم وقاعدتها المنسوجة انطوى اللين الاصفر ويحتوي
على الياض الحمية باهتة قابلة العدس متصالبة لا ينبغي اشتباهها بالحلقات
العضلية ذوات القطع الناقص التي في قوته الفرجية وتنسب للعضلة
العاصرة للمهبل وتلك الياض الاخرى ذكرها نوترمنقادة لسلطان
الارادة بخلاف الياض الاخرى لا يظمر رصفها الا عند حصول الشهوة
وهذا المنسوج يحيطه ثرايين ولا سيما الوردة كثيرة يتكون منها على الخصوص
من الاسفل طبقة اسفنجية حقيقية او اتصالية تنفتح من تأثير الجماع ويمكن
ان تنقبض حينئذ بحيث تقص طول المهبل وعلى حسب مشاهد بعضهم
ان المهبل قد تنقبض في بعض الاحوال بحيث يحصل من ذلك خدر في يد
الطبيب المولود وقت الطلق

وثانية الطبقتين متصل بالغشاء المخاطي للفرج وتختلط مع شفتي العنق ومع

الغشاء المغشى لباطن الرحم ونصف هذه الطبقة الاقرب للفرج فيه صفات
الصفايح المخاطية البالغة السكال ويشاهد فيه بشرة مخاطية واجرية وخل
وغير ذلك ولا يمكن قرب العنق فصل هذه الطبقة من المنسوج المحيط بها
ولم يثبت هناك وجود اجرية ولا خل وهي تغشى جميع ثنيات المهبل ولكن
ليست الثنيات مكونة منها وان قال بذلك كثير من المؤلفين والاجرية المخاطية
مجلسها على الخصوص في عمق هذه الثنيات حيث تختفي هناك القروح
الزهرية ايضا

والعضلة العاصرة للمهبل عضلة مزدوجة تشغل الاجزاء الجانبية لقوة
المهبل وهي تها تشبه هيئة العضلة البصلية الجوفية في الرجل وتنشأ من مقدم
المستقيم بحزمة منشبكة عضلية تنحدر من الخلف الى الامام على شكل عصابة
مفرطة حتى تنهي على جانبي البظر وجزء منها يصعد فوقه حتى يختلط بالرباط
المعلق

وذكر المشرحون قنديما وحديثا غدتين تنموهما بالمهبلتين
ويروى وتتاير طولان ومن الغلط جعلهما من الاجرية البسيطة ويشاهدان
تحت الوريقتين الاسيتين الجانبيتين بين الغشاء المخاطي والغشاء اللحمي
ومنقعهما غير جيدة المعرفة مع ان سيملي جعل فوهتهما على جانبي
الصماخ وقال انهما يتخذان سائلا مدة الجماع وجزء يبرز كراهما يتخذان نقطة
منشأ وانتهاء لقناة ظن انه كشفها

(الباب الثاني)

(في اعضاء التناسل عموما)

اعضاء التناسل اذا نظر اليها نظرا فلسفيا صح اعتبارها معلقة بالصفايح المجللة
فالغشاء المخاطي يتكون منه فيها الجزء الرئيس فان في الحيوانات السفلى كالتي
فيها المجموع التناسلي اكثر تضاعفا تتولد النطف في عمق تجويف مخاطي
سواء تحول ذلك التجويف الى قعر بسيط او يكون منه قناة مستقيمة
او معوجة وانما التجويف التناسلي تارة يكون مبطنا بطبقة مجانسة لبعضها

حبيكة في جميع طولها كما في البدان وفي الانواع التي ليس لها رحم وتارة بالعكس اي ان هذه البطانة التي تكون اولارقيقة جدا في جزء من مسيرها يحصل فيها دفعة موهمة عظيمة في محل آخر ثم ترق من جديد في جزء ثالث كما يشاهد ذلك في النساء

والجهاز التناسلي في النوع البشري لا يتكون منه كما في البهائم الاقناة طويلة تمتد من المبيض الى الفرج ووجود فيه ايضا جهاز مفرز في غاية الكمال فالمبيضان يقوم منهما الجزء الغددى والرحم هو الخزن والمهبل هو القناة الدفاعية للافرار بحيث يمكن بالنظر لوظائفها الخاصة ان تقسم الى اعضاء مكونة او مولدة للنطف والنقل وهي المبيضان والبوقان والى اعضاء حمل وهي الرحم والى اعضاء جماع وتوصيل وهي المهبل والفرج

فالمبيضان في الجنين يكونان مبيضين غليظين مستطيلين يشبه كل منهما كيسا مصغرا ويظهر كأنهما متصلين بالبوقين بدون واسطة وبالرحم تكون حينئذ صغيرة ضيقة كأنها مخفية في الجزء المتوسط من الرباطين العريضين وتكون اسفل كما قربت الى المهبل حيث تنتهي من الاعلى بعنق رخو بارز كبير الحجم وفي الشهر التاسع يكون المهبل طويلا واسعا بحيث يمكن ادخال الاصبع فيه وغشاؤه المخاطي يكون واضحا كالعنق ايضا واما جسم الرحم فيكون ملتزا بحيث يعسر فصل منسوجاته المختلفة ثم من بعد الولادة الى البلوغ لا تكابد اعضاء التناسل في البنات الصغار تغيرا كبيرا ولا تسقط من خدرها الا في المدة التي بين السنة الثانية عشر الى الثمانية عشر فتكسب الرحم مريعا مزدوجا بعبادها التي كانت اه الى ذلك الوقت سواء في الطول والعرض والعمق وقاعدة هذه الرحم التي هي حينئذ على شكل مخروط يتغير اتجاهها الى الاسفل فتذهب حالا الى الاعلى وتدخل البفت حينئذ في طور جديد والتغيرات التي يكابدها المبيضان والبوقان واضحة ايضا وان كانت اقل وضوحا من تغيرات الرحم

فاما امهات المرأة لم تلد تبقى اعضاء التناسل فيها على تلك الحالة اما بعد ولادة او اكثر

فيوجد على سطح المبيضين تحدبات وغضون أو آثار التحام وحجمهما يزيد أيضا قليلا واما البوقان اللذان لم يحصل فيهما عظيم تغير فلا يختلفان عن ما كانا قبل الحمل الاول ولا عن ما يكونا بعد زمن الكهولة الا اذا اصابا بالامراض التي يكونان مجلسا اليها فشكل الرحم وابهادهاتبقى على حالها غير انه يبقى فيها بعض زيادة في الحجم والمهبل ينقص طوله ويتسع مع زيادة قوة الارتبطة المبرومة واما في سن الشيخوخة فيضمحل المبيضان ويطولان وبصيران غير منتظمين والرحم تميل لان تأخذ حجمها الاول وتجويف جسمها يضيق بحيث ان الاختناق الذي يضمحل بالعنق ينتهي حاله احيا نابان ينسد بالكلية

(القسم الثاني)

(في الحالة الغير الاعتيادية لجهاز التناسل)

الاحوال الغير الاعتيادية لاعضاء التناسل كثيرة مختلفة ويظهر انها تنشأ من عدم النوا ووقوفه او زوغانه او من مرض متقدم او متأخر على الولادة

(الفصل الاول)

(في الحالة الغير الاعتيادية في الاعضاء التوابع)

ليس عندنا شاهد صحيح يدل على مشاهدة غيبوبة اعضاء التناسل الباطنة بالكلية من المرأة

المبيضان يدكرشوسيه امرأة لم يكن لها الامبيض واحد وبوق واحد فكانه لم يكن لها ايضا الانصف رحم واكدوامرات كثيرة عدم وجود المبيضين مع كون الباقي من اعضاء التناسل في الحالة الاعتيادية وشوهد ايضا فقد مبيض واحد فقط ورجوع المبيضين الى حجم صغير جدا ويحتمل ان يخرج المبيضان من الحوض ويتقدما من القناتين الاربيتين وينزلا لطرف الشفرين الكبيرين او يمر كل من الجهة المقابلة للجهة الساعل لهما ويحدث منهما مع البوقين ثم بعد بحيث يهسر حلهم كما شاهد ذلك المؤلف

البوقان قد يعدمان في احوال نادرة وقد يغيران اتجاههما الاعتيادي وقد يفسدان انسدادا عارضا نارة من جانب المبيض وتارة من محل قريب للرحم

(الفصل الثاني)

(في الاحوال الغير الاعتيادية للرحم)

شوهة قد ارحم رأسا وانما كان الموجود العنق بحالة نشأة صغيرة وامثلة ذلك كثيرة في كتب المؤلفين الا ان اغلبها قابل للرد لكون البحث في هؤلاء النساء انما كان في حياتهن ومع ذلك قد يزال الشك بمائت من غيبوبتها في امرأة بجنها مبر ومات بجرح نارى ومثل ذلك ايضا في بنت صغيرة ذكرها رولت وشوهة انه وجد بدل الرحم حدة صغيرة في مينة شرحها دفس وثبت غيبوبتها بالكلية بدون ان يوجد بدلها شئ وشاهد المؤلف استحالتها الى حبل خلوى في بنت صغيرة عمرها تسع عشرة سنة

الرحم المزود وجهه قد تكون الرحم طويلة جدا كالتى في النساء من كثير ما تكون مقسومة الى جزئين متساويين او غير متساويين في كلها وفي جزء منها من الباطن او من الظاهر قط واحيانا منهما معا فتارة يوجد كبس عارض يضاف للعضو الطبيعى وينفتح فيه وتارة لا يتصل به والغالب ان الانقسام يحصل على الخط المتوسط سواء في الظاهر على القعر او على الوجه الخلقي او على القعر والوجهين المقدم والخلقي معا فتكون الرحم حيثئذ مزدوجة الاقرن فتقرب لرحم ذوات الاربع وتارة لا يكون الانقسام الا في الجزء العلوى من العضو وتارة ينقسم العضو كله من الاعلا للاسفل ثم تارة ينضم اقتران على زاوية حادة ويستند ان على بعضهما بسطحيهما المتقابلين وتارة يكون وضعهما بالعرض ولا ينضمان الا في اعلى المهبل ليكنون منهما العنق

والحاجز في الباطن لا يكون بدرجة واحدة فتارة يكون شبه مهماز ينقسم عمق تقبوف الرحم الى جبين وتارة يكون عرفا متوسطا مزدوجا ناشئا من ضخامة العمود انما الطبيعى لتجوفى الجسم والعنق ويكن ان يقف في الجزء العلوى من عنق الرحم او ينزل الى المهبل فيكون تاما وينقسم الرحم الى تجويفين متيزين تميزا تاما او يكون منقوبا في محل ما من طوله فيكون احد نصفي الرحم متصلا بالآخر والعنق نفسه قد يكون مفردا وقد يكون

مزدوجا وبالجملة فازدواج الرحم كثير الوجود بحيث لا تخلو سنة من ان يشاهد
مرات كثيرة والقوّهات الرجعية في هذه الاحوال تنفتح في مهبل بسيط
او مزدوج واتفق في مشاهدة ان احد العنقين حفظ وضعه الطبيعي والاخر
ذهب حتى اتفتح في المستقيم ثم ان بوزن شيئا سواء كان بسيطا او مزدوجا
وسواء انتهت به رحم ذات قرنين او رحم جيدة التكوين لا يندر مشاهدة
اتفاحه في المستقيم او المشيمة او مجرى البول بل وفي الخشلة فوق العانة
والحاصل ان الخلف في وجود ازدواج الرحم لظني فاذا فهم بهذه اللقطة وجود
رحم كل منهما له بوقان ومبيضان كان من الواضح ان ذلك معدوم
لانه لم يشاهد اصلا فان اريد انقسام رحم طبيعي الى جزئين متساويين او غير
متساويين كل منهما بوقه ومبيضه وتجويفه وعنقه فذلك يوجد كثيرا
وعندنا له مشاهدات كثيرة ولا يمكن انكار وجوده الا ن

احوال مختلفة غير اعتيادية في الرحم قد يكون الرحم ايضا محلا لاحوال غير
منتظمة سوى ما ذكرنا فقد زعم بودلوك وجود قناة غير اعتيادية تمتد من
البوق الايمن الى تجويف العنق وتجتاز في سلك جدران الرحم والقابلة
بوافين ذكرت قناة غير منتظمة جعلت اتصاليين المبيض والجزء العلوي من
المهبل وذكر كثير من المؤلفين ارجاما منسدة وانسدادهما بعيب خلق في التو
او عارضى واما انسداد العنق فاكثر الكلام فيه كثير من الاطباء من الامثلة
ما يدل على انه كان تام الانسداد بحيث منع الولادة كذا قالوا وهذا تخليق
وتصنيع لان انسداد العنق يمنع التلقيح نفسه لا خروج الجنين الا اذا كان
حصوله في مدة الحمل ثم ان هذا العنق قد يكون طوله وحجمه عظيمين وقد يتغير
موضعه بسبب حصول التصاقات فيه مخالفة للعادة كان يتثبت احد وجهيه
واحد جانبيه قريبا حوافي الحوض الامن الامام او من الخلف ويقال انه يمكن
ان ينزل الى الفرج وكثيرا ما شوهد انحرافه الى الخلف او الى الجانب بسبب
الاتصاق كما شاهد ذلك المؤلف خمس مرات بحيث صير التلقيح غير ممكن.

ومشاهدة هذه الاشياء الخارجة عن العادة تنفع في الاعمال وتنبض منها بعض

ظاهرات كان يعسر سابقا معرفة اسبابها كالعقم وكثير من الحمل الخارج
عن الرحم والعلوق على العلوق واحتباس الطمث والتلقيح من مجرى البول
والتلقيح من الشرج والولادة منه وعدم الحيض رأسا فإذا كانت الرحم
مزدوجة او حلت المرأة من جانب واحد وكان معها حينئذ فوهتان منعزلتان
عن بعضهما في المهبل جازان يختلف رأى شخصين ماهرين في التشخيص
حتى في وقت الولادة ولذلك ذكر تيدمان ان طبيبين ماهرين تلاقيا عند امرأة
ظننا انها في الولادة فاحدهما صم على ان العنق في حالته الاعتيادية والاخر
قال بانساعه وان الرأس قد دخل فيه ثم بحث في المرأة بحثا آخر فتحقق منه
ان العنق مزدوج وقدمه نال لديوان الاطباء شيبه بذلك وهو ان ابتداء طلق
امرأة ظن تليذ بواسطة الجرس ان العنق غير متسع بل لم يمح اثره الى الان واخر
وجدته متسعا مخوفة راطا فانت المرأة في الولادة ولما قمت جنبتها وجد ان سبب
هذا الاختلاف هو ازدواج الرحم وانه انتهى في المهبل بازدياد بوزن طفليها

(الفصل الثالث)

(في الاحوال الغير الاعتيادية في المهبل)

التكون المعيب في المهبل كثيرا ايضا كما في الرحم فقد شوهد عدم وجود المهبل
رأسا وشوهد ايضا انتهاؤه من الاسفل بمجاز مسدود بحيث كان غير مفتوح
الى الخارج واحيانا توجد فتحة الفرجية واما جزؤه العلوى فيكون منسدا
غير منفتح في الرحم وضيق المهبل كثير جدا لكثره اسبابه وامثلته كثيرة والمثال
الذى شاهدته ليسفرن كان السبب في ضيقه تقرح زهرى قديم واتفق حصول
ذلك من حقن المهبل بالحض الكبريتيك ومن الحرق والتقرحات المستطيلة
وشاهد المؤلف حصوله عقب سيلانات افرنجية مستطيلة المادة

وشوهدا تنقاع المستقيم في المهبل والمهبل في المثانة ولكن الغالب ان ينفتح
المهبل في جزء من المستقيم يختلف ارتفاعه والمجاز القاسم للمهبل يكون تارة
مكونا من الجلام بسيط خلقى او عارضى موضوع بالعرض او مواز لمحوره قرب
الفرج والعنق او في وسط القناة وتارة يكون ثنية صمامية تختلف صلابتها

ونارة يكون حجابا حازر حقيقيا قال المؤلف وقد شاهدت هذه الاشكال كلها
في الاحياء والاموات وهذا الحازر يعطى للمهبل منظر قناتين اسطوانيتين
مستندتين على بعضهما كل منهما له غشاء بكاره وقمحة واحدة خارجة واحيانا
لا يوجد الحازر الا من الاعلى والاسفل ويكون بين المهبلين اتصال من الوسط
او قرب من الفمق

العمليات * الانسداد والغيبوبة والضيق الزائد تتعب الوظائف التناسلية
فلا بد من علاجها بالعمليات ففي حالة ما اذا كان الضيق زائدا بحيث يمنع
الوطئ قد يحصل الحبل واذا حصل فسل تلك الحالة تستدعي الاستعانة
بالايمان الجراحية مدة الحمل وفي زمن الطلق فذلك نبي الكلام الى فصل
عسر الولادة وهذه الحالة ينتج منها في غير الحامل تحول او احتباس محض
لاطمث والذي يؤكده استعمال وسائل الصناعة في مثل هذه الحالة هو عدم
امكان الوطئ سيما اذا كانت المرأة شابة وكلما كان الانسداد غير تام ولم يكن
الابغشاء بسيط كانت العملية غير خطيرة وغير عسرة لكونها ترجع الى الاتساع
او فعل بعض شقوق بسيطة اما اذا كان الانسداد تاما او فقد المهبل بالكلية
لم تكن العملية كذلك فحينئذ قد تفتح المشانة كما فعل ذلك في مشاهدات كثيرة
ومع ذلك ثبت من مشاهدات اخرى ان الشق المفعول بالا حتراس بصير التجاح
نمكا لكن هنالك حالة يمنع فيها فعل العملية وذلك اذا لم يكن هنالك شيء يدل على
وجود الرحم فالعملية ليس لها منفعة هنالك قال المؤلف ولا ادري كيف حكم
بالعملية حينئذ الطبيب مكفر لان وماتت مريضته بذلك مع انه اذا وضع مجس
في المشانة او وضع احدى اليدين على الخثرة مع كون سبابة اليد الاخرى
موضوعة للرحم في المستقيم تحققت هذه الحالة ولقد كان مع المرأة المذكورة
سابقا منظر سهولة العملية والمرأة طالبة لها والمهبل الذي هو منته بسد غير
نافذ في عمق قيراط كان واسعا مفتحيا بحيث يساعده على حركة الا لآل ولكن
لما تحققت من البحث الجيد في الاجزاء ان الرحم ان كان موجودا فنهايته
ان يكون في حالة تشاءبندائية امتنعت من فعل شيء لها من العمليات سيما

والمرأة ممتعة بجمعة جيدة وانما التعب الذي كان يحصل لهما من تلك الحالة انما هو
آلام في قسم الكايتين معصوبة ببعض مفص وقولنج في كل شهر

(الفصل الرابع)

(في الخنثى المشكل)

يسمى بذلك الكائن الذي اجتمع فيه آلة الذكورة والانوثة وهذا الاسم الذي
كان ايضا موجودا في خرافات القدماء ومنازعا في وجوده في العصر السالفة
قد هجر عند الفيلسوفين بالكمية في اواخر القرن السابق الا انه ابتداء ظهور
هذه المسئلة من جديد واختلفت فيها آراء العلماء في النباتات المفردة النوع
والزوفيت اى الحيوانية النباتية وانواع من الحيوانات الرخوة كالقوقع
والحلزون توجد النوعان مجتمعان في فرد واحد واما في النباتات المزدوجة
النوع وفي الديدان والحشرات فتوجد النوعان منفصلان وبالأولى في الاسماك
وذوات الثدي بحيث ان الخنثية في النوع البشري اقلها منها في الظاهر مخالفة
للتواميس التي تتراس على توزيع الكائنات الحية لكن اذا نظرنا الى اصل
النطفة نرى ان النوع اولا غير مذكرو غير مؤنث ولذلك اختار ديدمان امكان
وجود الخنثى وقرر رأيه في بلاد النيسامكيل وغيره نعم شوهدا اجتماع غريب
لاعضاء ينسب بعضها الذكور وبعضها الاناث في فرد واحد لكن معظم هذه
الامور الواقعة يصح ان تتعلق بشهوات خلقية في احد النوعين ولم يشاهد
الى الآن في شخص واحد جميع اعضاء تناسل الرجل والمرأة معا وانما تارة
يكتسب البظر عظميا بحيث يظن ان هذا الكائن ذكر وانثى وتارة يكون
الذكر قليل الخارج اذا فطنونه نظرا او يكون هناك ايسوبادياس (اى انفتاح
مجري البول من اسفل القضيب بعيدا عن الحشفة) او شق عميق في الصفن
فيظنون ذلك فرجا واحيا ناخر يوجد سقوط واستطالة من عنق الرحم يظنه
بعض الناس قضيبا

ومع ذلك فقد يتغير الانسان اولا في الحكم في بغض الاحوال فقد اتفق ان شخصا
كان فيه جميع الصفات الظاهرة لامرأة جميلة وقدم للطبيب الجراح مرجولين

ليبحث فيه اذ كره واما انثى فوجد شفرين كبيرين لفرج جيد التكون واستشعر
بانتفاخين مستطيلين في حجم خصيتي الرجل ووجد مهبل لا ينتهي بسد غير نافذ
خلف العانة ورأى المثانة منفحة تحت اصل جسم شبهه للقضيب ~~الذكر~~
من شبهه للبظر والحكيم مبر شرح طفل لا ستة اشهر وليس له فرج وانما له قضيب
تجتاز فيه قناة البول وعلى جانيه ورمين صغيرين مستديرين محويين في ثنية
من الجلد ومع ذلك كان له رحم وامثلة ذلك كثيرة في المرافعات وانفق انه مات
في ماورستان بيت الله ياريس صبي يطرى وكان معه في آن واحد فرج وذكر
وايوسبادياس وخصية وحوصلة منوية من العين ورحم وبوق ومبيض ورباط
مستدير ورباط عريض من اليسار ومن اعرب ماشوهد ايضا خصيتان نزلتا
من البطن ووجد مع ذلك رحم وحوصلتان منويتان وبوقان وشبه مبيضين
في ~~عسكرى~~ سنه ثمانى عشرة سنة ومات مريض ببيت الرحمة ياريس
سنة ١٨٣٢ وكان معه من الظاهر معظم اعضاء الذكور وفيه من الباطن
مبيضان وبوقان ورحم وبروستاتا ومات آخرها سنة ١٨٣٣ ولم يكن معه من
اعضاء التناسل الا احدة قضيبية طولها من اربعة خطوط الى ستة وليس له
انداء ولا صفن ولا فرج ولا شعر في العانة ولا لحية وكان كبيرا وله كان صوته
صوت مؤنث ومعه عدم قرار ونبات وكثرة كلام وغلبة ككساء الاسواق
قال المؤلف وازيدك على ذلك انى شاهدته في جنين بقرة اجتماع خصيتين
ومبيضين وقناتين منويتين ورحم فاطن انه لا يشك الا في اجتماع اعضاء
كثيرة اصلية للنوعين في شخص واحد وانما ظن انه لم يشاهد الى الا في اجتماعها
كهما معا وبصح ان يقال ان الشخص الذى قدم لمرجولين كان امرأة معها
فتى خلقى في المبيضين ونحو مخالف للطبيعة في البظر وان مثال ميركان بقسا
صغيرة معها فتى في المبيضين ايضا ومهبلها مفتوح في المثانة ليتصل بقناة
البول ثم قال المؤلف وقد نتج من جميع ما ذكرنا ان جميع احوال الخلق يصح
ان ترتب الى ثلاث رتب احدها ان يوجد التشوه مع النوع المذكور وانما
ان يكون النوع المؤنث واضحا ظاهرا وانما ان يعسر تمييز الشخص وقد الفت

في النظمي المشكل مؤلفات كثيرة لأبأس بمراجعتها

(التعليم الثاني)

(في معرفة الوظائف المسماة فسيولوجيا)

(الباب الاول)

(في الوظائف المهيئة)

(القسم الاول)

(في البلوغ)

البلوغ في النبات يظهر كافي الصبيان بتغيرات كثيرة فالبنية العامة يتغير سيرها فجأة ونسب سيرها مخالفا سيرها الاول فتصير البنت اعقل واكثر حياء وتلتف اعضاؤها وكتسب صوتا نغمة الطف والوفق وتغوثهاها ويتمد منسوجها الخلود الى امام الصدر والخللة ويتخذ ذلك مركزا له ليذهب منه الى العنق واصول الاطراف وتقوى حيوية اعينها الا انها تتحلل بتياب الذبول والانكسار فيفهم من ذبول تلك الاعين مزيج شموها ولدتها بخوفها وحياتها ورقها وينعنها استسعارها بما هو حاصل لها وبضعفها الخاص عن ان تجاسر على القرب مما كانت تعرفه من الذكور في سن الصبا يدون ان تحفض بصرها بحياها موفا وانهم يحصل لها الاكلان خفيف في اعضاء التناسل ويسيل منها السائل المصلي الذي سيأتي الكلام عليه في الاندفاع الاول للطمث ومن جهة اخرى نقول ان حياها اللطيف المحي لطلعة وجهها والظرافة المتصف بها كمال وقارها لم يلينا قليلا حتى يغلنا فيها بقوة وعزة ثم تعرض في انشاء هذا التغير العظيم وظيفة جديدة ذات قوة عنيفة وهي السائل الطمئي الذي هو الميزان للحمية الجيدة او الرديئة فتحدث فيها من تلك الوظيفة تكدرات وتغيرات هي المرار والغم والحزن المكدر لا يلم الصبا التي اجتازتها في مبدأ سنها ومع ذلك جلة هذه التغيرات انما تعرض لقليل من النبات وذلك لان البلوغ يظهر بكيفية غير محسوسة ولا سيما في المدن الكبيرة فيندران يعصبه اخلاق آداية فجائية

(القسم الثاني)

(في الحيض)

الحيض هو سيلان دموى من أعضاء تناسل المرأة زمنه من سن البلوغ الى سن
 اليأس عايبا وهو وظيفة طبيعية معرضة لها النساء في جميع الازمنة فدعوى
 بعضهم انها ناشئة عن التمدن باطلة ولا اصل لما قيل ان نساء القطب الشمالي
 واهل بربريزيل وبعض اقالييم من الاميرقة سليمات من ذلك ولا توجد هذه
 الوظيفة في الحيوانات الا في نوع الانسان الوحشى وبعض اصناف من
 النسايس والقرد والخفاش على حسب ما قاله بعض علماء الكائنات
 الطبيعية من انه يحصل لتلك الحيوانات سيلان دورى واداشوه احيانا
 في بعض انواع من ذوات الاربع والاسماك والطيور وغير ذلك سيلان مادة
 زلالية يختلف تلونها فذلك عموما انما هو قرب طلب التمشير فليس من العقل
 تشبيه هذه الحالة بوظيفة الحيض والحيض المسمى ايضا بالطمث وبغير ذلك
 ينشأ من وقت البلوغ وتقطع اذا حصل التلقيح وفي مدة الحمل والرضاع غالبا
 واذا ظهر كان التلقيح ممكنا وكلما تجدد بدون انقطاع في ازمنته الطبيعية جاز
 ان يظن عدم اللعوق

وقد ثبت من المشاهدات ان من النساء من لا ترى الحيض اصلا مدة عمرها
 مع ان صحتها جيدة مثل صحة غيرها وانما الغالب على مثل هذه العقم قال المؤلف
 واعرف امرأة لم تحض قط وهي جيدة الصحة زائدة الفؤ خصبة الجسم من هرة
 البنية ومتزوجة منذ عشرين سنين وكان معها اشتياق عظيم للاولاد وقد ايسرت
 منه الا ن مع ان زوجها شاب وقيل تزوج به تلك المرأة اولاد اولاد من امرأة
 اخرى واعرف امرأة اخرى لم تر الحيض قط ومع ذلك ولدت ولدا عمره الان
 نحو ثمان عشرة سنة وهو قوى جيد التكون وامثال هذه الاخيرة كثيرة وقد
 لا ترى المرأة الحيض الا بعد ان تلد اولادا قد شاهد كاليب امرأة لم تر الحيض
 الا بعد ان ولدت ثلاثة اولاد متتابعة وعنده امثلة شبيهة بذلك ايضا وذكر
 كليمان امرأة متزوجة في سبع وعشرين سنة وما رأت حيضتها الا بعد شهرين

من ثامن ولادة لها ثم استدامت معها بانتظام الى سن اربع وخسين سنة
قال المؤلف ويظهر لي ان غيبوبة الطمث تنشأ في القالب من عيب في تكون
الرحم او متعلقته بحيث يسهل ان يوضح كيف تكون تلك الغيبوبة
علامة للعقم

(الفصل الاول)

(في اندفاع الطمث)

ابتداء من الحيض في الاقاليم المعتدلة فيجلين السنة الثانية عشر والسادسة
عشر واقل من ذلك قليلا في البلاد الجنوبية واكثر من ذلك قليلا في البلاد
الشمالية وزعم بعض السواح ان في البلاد الشرقية قد تدار المرأة في ست
سنين او سبع وهذا في غاية الاستغراب وذكر آخرون ان قرب القطبين لا يندر
ان يشاهد مبدأ ظهور المبيض في ثلاث وعشرين سنة واربع وعشرين
وما يوجد في الاقاليم المتعارضة جملة يوجد مقصلا في بلد واحد او مدينة
واحدة او في خطة واحدة فالسكنى في الارياف ونعاطى اشغالها وبساطة
الاخلاق والتشفي في التغذية ومزاج الاقطار الشمالية جميع ذلك يهبط
الزمن الاول للحيض بخلاف استعمال الصنایع المتطرفة بالتقليد كالرسم
والموسيقى وكثرة الرقص والتفرج على اللهاى والملاعب والمطالعات
الآدابية والتخيلات والتصورات الشهوانية والغذاء الجيد من اللحوم
الفاخرة واستعمال المشروبات المنبهة وسكنى البلاد المتعدنة الكثيرة الاهلى
وفي جوامع المناطق الاعتدالية فانها تجعل الزمن الاول للطمث وهو يسر
حصوله في الاقوياء ويقل تبكيره في اللينفاويات والحملات لشهه كثير واللواتى
حيناسيتهن ضعيفة بخلافه في النساء النصارى الارفا العصبيات والقابلات
للتبيح والدمويات فانه يسرع حصوله فيمن فقي باريس نفسها يشاهد من
تحيض في عشرينين واحدى عشرة وثنتى عشرة قال المؤلف واعرف فيها
ثقتان احدهما حاضت في تسعينين ونصف والاخرى في عشر ونصف
واعرف ايضا عائلة بناتها في غاية القوة والعظم بحيث ان بنت اربع عشرة سنة

منها كبرت عشرين من غيرها وكل بناتها من يحضن في ثمان سنين ونصف
وقد ذكروا طفالاً حضن من ابتداء ولادتهم او فيما بين السنة الاولى من حياتهم
والخامسة او اكثر منها بقليل لكن الغالب على الظن ان هذا السيلان انما كان
نتيجة مرض من الامراض والسائل فيهن غير مشابه للسائل الطمهي ومع ذلك
لا ينبغي ان نعرض صفحا عن ما علم عن قريب في بنت ظهر طمها في سن ثمانية
عشر شهر او دامت ادوارها بدون انقطاع في جميع الاشهر وظهر في نهدية اغلظ
وانتظمت تقاطيعها وتقوم معها جميع صفات البلوغ المبكرة وذكريا ان بنتا
نزل عليها في سن تسع شهور بعض قطرات من السائل الطمهي ثم مقدار اكثر
من ذلك في الشهر الحادي عشر ثم اكثرت من ذلك في الرابع عشر ثم كذلك
في الثامن عشر وبت شعر عانتها وكبرت انداؤها وزادت قوتها هذا
وقد ذكروا ان في شمال بلاد الانقليز قميض النساء غالبا في خمس عشرة سنة
ثم في اربع عشرة ثم في ست عشرة ثم في ثلاث عشرة ثم في سبع عشرة
واما في باريس على حسب بحث المواف فاغلبهن يحضن في اربع عشرة ثم خمس
عشرة ثم ثلاث عشرة ثم تنقث عشرة واما في بلاد مصر فلم يقع من انفتيش في ذلك
الى الآن ولكن نرجو حصول ذلك اذا قدم هذا العلم في تلك البلاد

ويسبق اندفاع الحيض نمو اعضاء التناسل فجأة ونفطية بقوة العانة والشفرين
الكبيرين بشعر خفيف وعظم الثديين وتألمهما وزيادة قنامة لون هاتهما
واحساس بهدب عام وتكمر في الاطراف وجذب مؤلم في الكليتين والاربيتين
والفخذين وتقل في النطق وحرارة وتوتر في الخثرة والعجان والكلان خفيف
في اعضاء التناسل وسيلان مخاطي صاف او مصفر يختلف كثرته وقد يحصل
مع ذلك ايضا اضطراب في دورة الدم وعدم انتظام النبض وسرعته وتقطع
احيانا واحتقان واضح في الرأس مع علاماته ومتى ابتدأ سيلان الدم زالت
تلك العلامات فتعود للمرأة مهتها حتى يأتي دور ثانيا فيظهر له بعض تلك
الاعراض وفي كثير من النساء قد يحصل اول اندفاع بدون ان يظهر شيء
من العلامات المقدمة ثم ان انتظام الطمث انما يكون في الغالب بعد ثلاثة ادوار

او اربعة وبعد الا نظام تكون مدة السيلان من بعض ساعات الى ثمانية ايام
واما التقدر المتوسط غالباً من اربعة ايام الى خمسة
وكية الدم التي تخرج في كل دور تبلغ نحو واطين على حسب رأى بقراط
وثمان عشرة اوقية على رأى جالينوس ومن ست اواق الى ثنى عشرة على
رأى هاليو ومن ثلاث اواق الى اربعة فقط على رأى بودلوك وهذه كلها آراء
اقتراضية وعموما تكون الكمية اكبر في الانثى من الذكر والمحال اللاتي يبكر ظهور
الطمث فيها كنساء الاوربا الساكنات في المناطق الحارة كببلاد الجاوى مثلاً
فانهن قد يهلكن بكثرة التزيف الطمثي وكثيرا ما يشاهدن نساء الارياك
اللتي ياتين بارس للخدمة ينقطع حيضهن اوية قص نقصا عظيما ثم الادوار
في المرأة الواحدة لا تتساو دائماً فاحيانا تكون قوية واحيانا ضعيفة اثنان
اثنان او ثلاثة ثلاثة فلذلك لا يمكن ان نوضع قواعد ثابتة في هذا الموضوع
ومن جهة اخرى لا يمكن مشاهدة الدم الذي يسيل سوا في الخرق او في الماء
فلذلك لا يتيسر الحكم عليه حكماً صحيحاً وانما ذلك على سبيل التقريب

(الفصل الثاني)

(في طبيعة الطمث)

دم الطمث اشغل افكار الفسيولوجيين من قديم فقال بقراط انه يشبه دم
حيوان مذبوح وارء طاطا ليس انه يشبه الدم الذي يسيل من جرح بسيط
وهذا الرأي الذي لم يخالفه الا ان الاقليل من الاطباء غلط عظيم لان السائل
الطمثي انما هو مادة مفرزة لادم اعتيادي وسنرجع لذلك عن قريب وفي زمن
بطينوس كانت هناك آراء مخالفة للاراء الموجودة الا ان متسلطنة بمدينة
رومية فكوا يظنون ان السائل الطمثي يحتوي على خواص رديئة فهو سم
خطر تسكني لبحرته لان تفسد اطعمة المطابخ والمستخرجات اللبنية التي في مخزن
الالبان كالبين وغيره فتصير اهل البيت جميعاً مرضى من استعمال ذلك
وتذبل ازهار الرباض للبانعة وقال السواح انه لم يرزل الى الآن في بعض
محال من الاميرقة يخاف من الحائض فيمنعونها عن الخروج من بيتها الا لضرورة

لازمة قال المؤلف لكن يلزم ان يكون مع هؤلاء النساء علامة تعلن بتلك الحالة حتى يفهم من كل من وجد تلك العلامة والمتأخرون باستزاهم بتلك الخرافات اهلها وبعض اشياء حقيقية تحتوي عليها اكثر مما تختفي في توجهات الهامة اصول حقيقية صحيحة تظهر بالتأمل حيث ساغ لتان تأمل في الراجحة التي تنشر من التصعدات المختلفة لآتية من الحيوانات وفي الراجحة العظمية التي تصاعد من جلود بعض النساء ساغ لنا ايضا ان نمن النظر فيما قيل في الافراز الطمثي ولا تقطع النظر فيه بدون تمييز وتأمل نعم لا اصدق ما قاله بليسيوس وقلوميلوس وبعض العرب من الخرافات وانما اقول ان الابغرة الرديئة التي تصاعد من امرأة مدة حيضها يمكن ان تفسد سائلا بسهولة فساد كاللبن مثلا وتظهر تأثيرها في بعض امراض المطامخ اليس من الواضح ان السائل المتفرز المختبئ في اعضاء تناسل امرأة واحدة مدة طويلة يمكن بفساده ان يكتسب فيها خواص ممرضة بل مهلكة انتهى

وراجحة السائل الطمثي مختلفة جدا بحيث يمكن تشبيهها براجحة القطيفة التي هي كريهة وان كان فيها عطرية وبعضهم ممن وجد سائلا وان كان ممسوكا في الرحم مدة طويلة قال انه لا يحتوي على ليفية اصلا وعلى رأى اخوين انه كثيرا ما يخرج قطعا متجمدة في بعض النساء اللاتي مشين بعد ان مكثن جالسات او نائمات ساعات كثيرة وقال ديونسي ان دم الحيض لا يتجمد اصلا ومال المؤلف في الطبع الاول لكن كتابه الى انه يحتوي على مادة ليفية اقل مما يحتوي عليه بقية دم البدن وانه مخلوط بمادة مخاطية ومصلية تجهز طبيعة من السطح الباطن لاعضاء التناسل وبذلك يصير لزجا فلا تكون فيه صفات الدم الذي يخرج من جرح مشلا وقال في الطبع الثاني والملاحظات التي اجتنبتها والتجربيات التي فعلتها بعد ذلك حملتني على ان اقرر الآن رأيا قطعيا استشغره هتير سابقا وهو ان الحيض وظيفته افرازية واكد بجله من العلماء هذا الرأي بالتجربيات بل قال بعضهم يغلب على الظن انه سيصير جمعا عليه عند جميع العلماء فمن الواضح الآن ان دم الحيض لا يحتوي على مادة

ليفية اصلا كما تحقق ذلك ايضا بالتعالييل الكيماوية التي فعلت بايضا لياويلاد
الاقلين وغيرها واما عدم تجمده فيكنى لازالة الشك في ذلك ان تشاهد حالته
بعد احتياجه في الرحم مدة طويلة فلا يوجد فيه تجمدا اصلا فقد اتفق لامرأة
عمرها ست وسبعون سنة انسدمهبلها بالكلية وتعددت رحمها تعددا واسعا
فوجدت محتوية على نحو رطلين من مادة طمسية لزجة سائلة ومثل ذلك ايضا
شوهه في فتيقن عمل لهما امند عملية الشق وانما الغلط في تجمده قسأ
من اختلاطه بالدم الاعتيادي الحاصل من عملية شق غشاء البكارة او المهبل
فتجمد الدم ولكن هذا عارض وليس وظيفة في حالة اعتيادية انتهى ملخصا

(الفصل الثالث)

(في سير الطمث)

اغلب النساء يكون دم الحيض فيمن اول يوم كثير السيولة مصدبا قليل الكمية
والتلون وفي اليوم الثاني يزيد قوامه ومقداره وفي الثالث يقرب لان يشابه
الدم الذي يخرج بالرحا وفي الرابع يتخذ صفات اليوم الثاني وفي الخامس
يشبه دم اليوم الاول وقد يحصل خلاف ذلك فيتبع الاستفراغ سيرا بطيئا
ولا يصح كثر حقيقة الا في الرابع والخامس وقد يسيل الدم في بعض النساء في
الابتداء بكمية عظيمة كما في اليوم الثاني والثالث وفي بعض الاحوال يظهر
اول يوم ولا يرجع في الثاني ثم بعد ذلك يسيل بكثرة والغالب انه يسيل تقيطا
وبعض النساء تلتزم بان تحفظ منه بحفاظ خوف سقوطه على الارض لكثرة
وكل حيضة يصحبها آلام شديدة في القطن والخلخلة وثقل متعب في الشرج
في بعض النساء وكذا في الخاليات عن الازواج ولا سيما اللاتي لم يلدن حيث
يعتبر حيضهن كمرض حقيق والظاهر ان سبب هذا العارض في كثير من النساء
هو صلابة عنق الرحم وطوله وعدم انبساطه والغالب حصول ذلك من حالة
تهيج في تجويف الرحم ولذلك قد يدفع من الطمث احيانا الى الخارج اغشية
كاذبة على هيئة الغشاء الساقط وقد شاهد ذلك سابقا مر جاني وبعده شوسيه
وغيره والقوم الذي نسبته دائمان لتلك الحالة ناشئ عني رأي بعضهم من انسداد

قصة البوقين تلك التولدات الغير الاعتيادية قال المؤلف ومشاهداتي تؤيد كلام دانتان واماما قاله مر جاني من ان النساء المعرضات لذلك لسن عقوبات فيظن ان ذلك في بعض مستثنيات واكثر من يصاب بتلك الظواهر النساء البغايا اى الفاحشات ومن يستعمل فيهن الجماع بافراط اذ كل واحد يعلم ان العقم يوجد فيهن كثيرا

(الفصل الرابع)
(في اسباب الطمث ودوريته)

دور الطمث يحصل عادة في كل شهر والا حسن ان تقول في كل ثمانية وعشرين يوما او تسعة وعشرين وبذلك يكون له نسبة بالشهر القمري وتشهد ادواره في كثير من النساء متقاربة او متباعدة فقد يكون الدور اثنين وعشرين يوما او عشرين او ثمانية عشر بل خمسة عشر يوما قال المؤلف واعرف امرأة لم تكن طاهرة من الحيض اكثر من اثني عشر يوما واخرى لم تقطع عنها ابدا فهي مستحاضة دائما ومع ذلك صحتها جيدة ثم ايتها انها تخيف ذات حساسية شديدة وتشهد هذه الادوار الكثيرة على الخصوص في البلاد الحارة في النساء العصبيات بدون ان يغير ذلك صحتها وفي زمن اليأس تبدل الخفاقة التي تصاحبهن غالباً بالسخن فكأن التزييف الذي كانت الطبيعة تقذفه يرجع كله بالمنفعة على البنية وبعض النساء يكون دورهن اثنين وثلاثين يوما او تسعة وثلاثين او اربعين بل شهرين او ثلاثة مع كون ثقل الحيض فيهن كغيرهن من العالم وذلك يشاهد كثيرا في نساء اغرولند والابونيا ونحوهما من الاقاليم الباردة ورعا شوهد ذلك ايضا في بعض نساء ارياف الاوربا وزعم بعضهم ان جميع النساء تحيض في الخمسة عشر الاول من الشهر فتصفهن من الاول الى الثامن والباقي من الثامن الى الخامس عشر مع ان المشاهدات تبطل ذلك فقد شاهدنا من تحيض في اخر الشهر كاوله في جميع اشهر السنة فالحق انه ليس لذلك ضابط ثابت ولا سبب الطمث اختلف فيها اراء الفسيولوجيين قديما وحديثا فبعضهم قال موافقة لارسطا طالس وجالينوس وسيسون واستروك

وعبرهم

وغيرهم ان الحيض ناشئ من لمة لاء علم او موضعي وزيلدة وافر في الدم وقال بعضهم انه ناشئ من كون دم الرحم محتوي على مقدار كبير من الكربون والازوت ونسبه آخرون تضعف نسبي في حدران الاوردة والحركة العنيفة العمودية للدم وقيل انه ناتج من اصل مخمر او من تأثير جسم مهيج منه مخصوص او انعاظ يحصل للمرأة وبعضهم وصفه بالتهاب عسقي لجعله نتيجة شهية الجماع لكن لا يخفى ان الفسيولوجيا القديمة كانت محسوة بكلمات لا طائل تحتها ولا تجدى نفعاً وذلك كمثل مسئلة التي نحن بصدد حلها فان مثل تلك الافتراضات تزيد في عسر تلك المسئلة ولا تحلها

وكما لم يعرف جيداً سببه العام لم يوضع جيداً ايضا سبب مجيئه او اوارا فارسطو ومن تبعه نسبوا ذلك لتأثير القمر واشتهر ذلك في القبائل وكلام الشعراء فتبعهم على ذلك روسيل ايضا لكن يرضه فذلك ان المرأة الواحدة قد تحيض في الاوجه المختلفة لدورة القمر في مدة سنين بل في سنة واحدة وبالجملة فاتفاح ذلك يستدعي بحثنا ومشاهدات جديدة

وقد تناولوا ايضا بالبحث عن الاسباب الغريبة اى عن غاية الحيض وثرته فكانت النتيجة قليلة الجدوى لان قولهم ان هذه الوظيفة تعرض الرحم للبلل وتحفظ فيه تلك الحامض وتتغذى منه البذرة اذا انقطع في مدة الحمل وتتمدون ان تضعف المرأة لا يدل على شئ واتمام المعلوم ان العلوق لا يحصل غالباً قبل ظهور الحيض الاول ولا بعد سن اليأس لكن لا يعرف سبب ذلك فالحيض علامة للبلل في الغالب لاسببه فليست غيبوبة الحيض هي التي تنتج الهمم واتمام النساء اللاتي لم يحضن يكن في الغالب عقيماً لانه في كلا الحالتين قد شئ مما يتعلق باعضاء تناسلهن

(الفصل الخامس)

(في مجلس الحيض ونحو لاته)

وقد اضطراب كثير في مجلس السائل الطمئني بين علماء الكائنات الطبيعية فاليونانيون والعرب واكثر المؤلفين من جميع الاعصار جعلوه في الرحم لكن

منهم من جاءه في قعرها ومنهم من جاءه في عنقها وبعضهم رأه خارجا بدون واسطة من المهبل او من السطح الباطن للاجزاء المختلفة التي يتركب منها القرح ويقال ان الرحم لا يمكن ان تجهر هذا السائل اذا كان يسيل في مدة الحمل ويظهر انه يسيل الجمع بين هذه الآراء قدم الحيض يخرج بدون نزاع من تجويف الرحم في اكثر الاحوال كما يدل على ذلك امور واقعية كثيرة صحيحة فقد شوهدت الرحم مملوءة بمدة بمانه طمئية مع ان فتحها مفسدة في نساء انقطع حيضهن من مدة طويلة بسبب مرض اولي يظهر فيه من بسبب تكون معيب في المهبل او القرح وشوهدت في نساء اخر ممن في دور الحيض تغطي تجويف الرحم بكدم واحيانا وجد مملوءا بسائل طمئي فاذا ادخل بوزطنشيا في كاس فرزجة ذات ماق سال السائل الى الخارج من القناة الموجودة في ساق هذه الالة فاذا كانت الرحم ساقطة شوهد خروجه من العنق فاذا ادخل الاصبع بين شفتي بوزطنشيا يحس بالسائل الطمئي خارجا باستقامة من هذا الجزء ومن المحقق من جهة اخرى ايضا انه شوهد احيانا رشحه من باطن المهبل او القرح قال المؤلف بل لا اري امكان مجيئه من غير ذلك اذ لم ترل الحامل تحيض مدة ادوارها الى آخر الحمل ما لم يكن الحمل خارجا عن الرحم او كانت الرحم مزدوجة لكن هذه مستثنيات خارجة عن العادة لا تبطل الاصل العام للحيض فحينئذ يكون محولا عن طريقه الاعتيادي كحصوله ايضا من مجرى البول انما يستقيم بالطرق الرئوية او الاندواء او من محل آخر من الاسطعة المجللة

وهذا التحويل محقق وان كان غريبا فقد وجد في امرأة ذكرها يا قوبسون كلن حيضها يسيل اولامن اطافيرها بعد ولادة ولدتها ثم من اسناخ استانها وفي مدة ست سنوات كان يحصل من ثديها ثم جاء بعد ذلك من الرتين وفي حالة ذكرها الطبيب ريشال وهي ان امرأتها قطع حيضها فحدث لها ورم في الخلية انفتح ونفذ منه الحيض مدة سنين كثيرة وشوهد في اخرى خروج الدم نارة من الاصبع ونارة من زاوية العين ونارة من السرة وشوهد خروجه من

الفخذ والخاصرة والابط في حالة ومن السبابة في حالة اخرى وذكر دبو بقرن
خروجه مرات كثيرة من جرح حصل عن حرق وشوهده انه ابدل برعاف وانه
خرج من محل مسك علق وضع على الركبة وعلى القسم المعدي وشوهده خروجه
من معظم اجزاء الجسم في بفت مسكينة ذكرها غردبان اتفق انه حصل في دمها
تحول كثير في الابداء كان يحصل من جروح صغيرة في ساقها ثم من بثرات
تأت على ذراعها الايسر ثم من داحس اصاب اجهامها الايسر ثم من جرحين
احدهما فوق الزاوية الانفية لالعين اليسرى والاخر في الجفن الاعلى
ثم من السرة ثم من الكعب الانسي للرجل اليسرى ثم من الاذن اليسرى
ولما انتقطع سيلان الدم من هذه المسالك حصل لها انزفة رعافية وفي دموى
ولكن جميع هذه الاحوال الغيرة اعتيادية نادرة الحصول ويظهر انها في كثير
من الاحوال كانت نتيجة مرض حقيقي ويقال ان بعض النساء اللاتي
لم يحضن اصلا اول اللاتي ينسن يأسا عرضيا قد يحصل لهن في كل شهر اسهال
يستمر مدة ايام او سيلان ايض او اندفاعات جلدية ووقد ارادوا الوقوف على
البينوع الاصلى للطمث فبعضهم جعله في الاوردة وهو راى ويرال اوفى
الشرايين وهو راى رويش اوفى الاوعية الشعرية الشريانية وهو راى ونزلوف
اوفى غدد صغيرة مخصوصة وهو راى لستير اوفى مجامع صغيرة مخصوصة وهو
راى سمسون اوفى جيوب وريدية زعموا وجودها وهو راى استرون وهذه كلها
لحقراضات وآراء غير أكيدة ويعسر الوقوف على الصحيح منها وانما نقول
ان السائل الطمثي يخرج من الرحم بالاقرارا والتجفيرا والتنقيس لكن بدون
ان يعرف هل هو مرتشح من الاوعية الشعرية الوريدية او من الشعرية
الشريانية وانما المهم هو ان يعرف ان كيفية خروجه واحدة على رأى الجميع
اي سواء كان مجلس السيلان جسم الرحم او عنقه او المهبل او غير ذلك

(الفصل السادس)

(في انتطاعه اى سن اليأس)

اليأس من الحيض اى انتطاعه يختلف مثل ما يختلف ظهوره الاول والغالب

ان يكون فيما بين خمس واربعين الى خمسين سنة وبعض النساء يأسن في اربعين
 بل في ست وثلاثين وفي ثلاثين وفي ست وعشرين واربع وعشرين قال المولف
 وعندى امثلة من ذلك كثيرة واعرف فتاسنها خمس وعشرون سنة لم تر الحيض
 منذ كل سنهما ثمان عشرة سنة مع ان صحتها جيدة وامرأة منها الآن ثنتان
 وثلاثون سنة لم تره منذ كان سنها احدى وعشرون سنة الى الآن ولم يحصل
 لها شيء من العوارض ومن النساء من ~~يكثر~~ حيضها الى خمس وخمسين
 وستين وسبعين وذكر وانشاء ليسن في السن الاعتيادي اليأس ثم ظهر فيهن
 الحيض من جديد في سن ثنتين وسبعين او في ثمانين او في تسعين او خمس
 وتسعين بل وفي مائة وخمس سنين لكن نقول ~~كما~~ قال ديزرموس اذ لم
 يكن هذا الرجوع نادرا في ستين الى سبعين او خمس وسبعين فمن المحقق ان
 اعتبار كونه علامة لمرض لانه رجوع حقيقي للطمث لان الامور الواقعية
 المنادرة لا تبطل قواعد البنية ونشاهد فيما يلى ان بعض النساء وجد
 عندهن استعداد للتلقح حينئذ وكان بعض النباتات تنحصر احيانا لحظة في
 الخريف كذلك يمكن ان امرأة في بعض الاحوال تقرب لحظة لسن شبو بيتها
 بعد وصولها الى اواخر حياتها فهي آخر حركة عنيفة اجتهدت الطبيعة في ان
 تمنحها بها لتذكرها ايام الصبا الماضية المقرحة لكن من سوء الحظ انها انما
 تستخدم لافلال اجزاها الذي يجتهد للمرأة اجتهدا غير نافع في تهقره ما يمكن
 وبالاختصار فالحيض في الانتظام الاعتيادي يتقطع فيما بين الاربعين الى
 الخمسين في اقاليم اوربا الممتدة بكاريس مثلا وفيما بين ثلاثين الى اربعين
 في الاقاليم الحارة وفيما بين خمس واربعين الى خمس وخمسين في المناطق
 لشديدة البرودة ونقول بعبارة اخرى مدة اقامة الحيض كلها تقرب في جميع
 الجهات لثلاثين سنة فاذا بكر ظهوره بكر انقطاعه واذا تأخر ظهوره
 تأخر انقطاعه وما خالف هذه القواعد العامة فمن المستثنيات او من الاحوال

المرضية

وسن اليأس يعلم بمغيب تدريجي لحسن الشبوية فينبذ التهد وتلدان

وينكرش

وينكسر الجلد بحيث يظهر كأنه اعرض من الجسم ويفقد نعومته
وتحتنى العينان في الجلابين ويتبدل اللون الاحمر الزاهي بلون مصفر واللون
الارجواني الذي كان مجلسه مع الضحك والامتسار في الشفتين الموردين
يخلفه لون حمر ورق وصامى وبالجملة فجميع ما يشاهد حيث يدل على ان زمن
الذات ولى واقتضى وان المرأة تجردت عن الملاحاة والظرافة التي توجد
في نوعها ولذلك كان هنالك وجه لتسمية هذا السن بسن اليأس وقد ثبت
من البحث في الاقاليم والبلاد انه لا يموت من النساء اكثر من الرجال فيما بين
اربعين سنة الى خمسين مع ان الحيض نادر ان يتقطع دفعة وبدون تكرار
في الصحة بل تارة يسبق لانتطاعه نقص تدريجي في مدة كل دور وفي كمية الدم
السائل وتارة يسبقه زيادة في ذلك بحيث يتحول احيانا الى نزيف كثير وتارة
يتقطع ثم يعود ثم يتقطع ثم يعود ايضا قيل ان يتقطع بالكيفية ويحصل في سيره
عدم انتظام ثم تسيل مادة مخاطية ويحصل ملل وتعب واعيا مريض بنفسه
واوجاع عصبية بل وامراض قبيحة تعرض لبعض النساء وتارة لا يحصل شيء
من ذلك والصحة التي بقيت سليمة الى الان تبقى بعد ذلك في غاية السلامة
فتظهر الهوى ويتبدل التحول بالسمن وتجد المرأة نفسها في حالة عدم الحيض
احسن مما كانت في زمنه

(الفصل السابع)

(في احتباس الطمث)

الافراز الطمثي قد يحتبس في مخزنه كما يحتبس البول والصفراء وغيرهما
فبئراكم ويبقى في باطن الاعضاء المفروزة له وحصول هذا العارض يكون تارة
من عدم تقب عنى الرحم او انسداد تارة من الفقد الخلقى للمهبل او الانسداد
العارض لحزه منه اولكله وتارة من تغير في الفرج او من بقاء غشاء البكارة
مع عدم تقبها وانظر ما يتعلق بذلك في مجت غشاء البكارة وراجع شرح
الاعراض التي تحصل من احتباس الطمث والعمليات اللازمة له في مجت
الحبل المكاذب وعسر الولادة

(الباب الثاني)
(في التناسل)

التناسل معقل بقاء النوع البشري فهو وظيفة مخصوصة بالكائنات الحية
بخلاف غير الحية فانها مستتجة، فتح التاء الثانية لامنتجة ~~ب~~ كسر التاء
وهو من اغرب ظاهرات الحيوانات ولذلك اجتهدوا من ابتداء الزمن الى وقتنا
هذه في معرفة كيفية حصوله ومنشأته وعجائبه لعظم الاهتمام بذلك

(القسم الاول)
(في معارف اولية)

اولا زعم فيثاغورس وتلامذته ان النطفة تتولد من دم الطمث المساعد
برطوبة تنزل من المخ مدة الجماع وكل ذلك يتو بمقتضى الحكمة الالهية وهذا
الرأى غريب غير واضح * وثانيا قال امبيدكلوس وبقرط ان الرجل والمرأة
يحتويان على اجزاء الجنين من اى نوع كان اى ذكر اكان اوانثى وان هذه
الاجزاء تضم في الرحم عند الوفاق ومعناه انه يوجد في مبيض النساء اعضاء
وظيفية افراسائل تناسلي يشبه السائل المتوى الذى للرجال فتكون الجنين
حاصل من اختلاط هذين السائلين ببعضهما عند الجماع ثم اختلف اراء
الاطباء في فهم هذه العبارة فبعضهم رأى ان منى المرأة محتاج لان يحى بمخى
الرجل حتى يكتب شكل الجنين وبعضهم رأى انه يحصل من امتزاج المنين
شبه التبلور في الاملاح وهذا الرأى من امله ضعيف لان المبيضين لا يفرزان
منيا والسائل الذى ينزل من بعض النساء عند الجماع انما هو مادة مخاطية اتية
من غدد المهبل * وثالثا زعم ارسطاطاليس ان الرحم كقالب للتماثيل الرخامية
والمرأة تجهز الرخام والرجل كالنحات النقاش والصورة التى تحصل من ذلك
هى الجنين * ورابعارأى جالينوس ان الجنين حاصل من منى الرجل واما المادة
الاتية من المرأة فاما تنفع لتغذيته * وذهب هرفيه ان البندوة تتكون في الرحم
بعد التلقيح لانها كانت موجودة قبل ذلك في المبيض وذلك عكس رأى جراف
فانه يزعم ان كل حيوان يتولد من بيضة والنطف في النوع البشرى توجد

في المبيض

في المبيض على شكل ييض او حوصلات صغيرة شفافة
والرأى القديم المسمى بمذهب مزج النطف هجر عوما واما الجديدي المسمى
بمذهب البذرين فانه اقشر واشهر وهو المتسلطن الآن غير انه لم يصل الى
القرن التاسع عشر المسيحي حتى حصل فيه تنوعات كثيرة وذلك انه بعد
انكشاف البذرات بجماعة من العلماء ان النطف توجد مكونة في السائل الاتي
من الرجل وانها تسمى بالحيوانات الصغيرة الحية وانها حية بالفعل وكل نقطة
واحدة من المني تحتوي منها على ملايين كثيرة لان لبن بطر و خ سمكة قد يكون
فيه من تلك الحيوانات مائة وخمسون بليوناً بل ثلاثة ارباع بليون فاذا قدفت
في تجويف الرحم ماتت كلها في بعض ايام ما عدا من يقدر الله خلقه فانه
ينتبت في محل من الرحم على رأى بعض اويذهب الى البوق على رأى آخرين
ويصل الى المبيض ويدخل ويسكن في حوصلة موجودة فيه ثم يرجع معها
الى الرحم على شكل ييض صغيرة ومن ذلك نشأ اسم اخر لذلك المذهب يقال
له مذهب الحيوانات الدقيقة وهو مذهب يجعل للرجل اعظم مدخل في التلقيح
بخلاف مذهب البذرين فانه يجعل اعظم جزء من ذلك للمرأة وربما وجد
في كتب قدماء الفلاسفة ما يشير لمذهب الحيوانات الدقيقة فمن ذلك ما قال
افلاطون انه يذو في الرحم حيوانات صغيرة كما يبذر الحب في المزارع ولصغرها
لاتشاهدها ابصارا تنتهي وذكروا بروتوس ان بذرة النوعين مكونة من اجزاء
صغيرة تخرج في الرحم امتزاج العناصر الكيماوية وتجتاذب وتتحد ووعم
بوفون ان في وقت الشهوة الشديدة يتفصل من جميع اجزاء كل من الرجل
والمرأة في آن واحد عدد معين من اجزاء آلية تشكّل بشكل الاعضاء الخارجة
منها وهي متوافقة في الرجل والمرأة وبوصولها للرحم تجذب الاجزاء المتشابهة
بعضها لبعض بحيث ان الاجزاء الانثوية من عين الرجل او اذنه او ذراعه
او رقبته او قلبه او اصبعه لا تضم الانظيرتها من اجزاء المرأة ولكن هذا رأى
غير معقول وكل من تلك الاراء السابقة له اصل قوى بناء عليه قائلة وعورض
باشياء اخر وطالة الكلام في البحث عن كل رأى منها يخرجنا عن مقصودنا

في هذا الكتاب ويكتفي من ذلك ما وردناه وما تلوناه

(القسم الثاني)

(في كيفية التناسل)

التناسل وظيفة متضاعفة جدا في الحيوانات التي هي في اعلى درجة من السلم فلاجل معرفة جملتها جيدا يلزم البحث عنها تفصيلا في رتب الحيوانات المختلفة فالامن المهم ان نبين معنى اربع كلمات وهي تناسل او اتياج و نوالد وتلقيح وعلوق لان جعلها مترادفة غلط سيما في الحيوانات ذوات الثدي فنعني بتناسل او اتياج وظيفة تامة واما نوالد فيعني به **ك**وين النطف واما تلقيح فهو الفعل الذي به تنضم النطفتان ببعضهما او الذي به ينجي احدى النطفتين الاخرى واما لفظة علوق الذي معناه في الحقيقة الامساك فلا ينبغي بحسب العقل استعماله الا في ايقاف النطفة الملتصقة في اعضاء التناسل ويقال ايضا ان لفظة تناسل او اتياج جنس **ك**لي واما الثلاثة الاخر فلا تنسب الا لظواهرات منفصلة عن بعضها يمكن ان يوجد كل منها على حدة دون غيره او يوجد كلها معا على حسب الرتبة من الحيوانات التي يقش عليها فيها فانواع البوليبيوس التي تتناسل بواسطة النطف لها نوالد لكن ليس لها تلقيح ولا علوق والافغادع تنجب ايضا نطف وتلك النطف نوعان مذكرو مؤنث ويلزم ان يختلطتا حتى ان التناسل يحصل لكن من حيث ان الاختلاط يحصل في الخارج لم يكن للافغادع علوق وان كان لها نوالد وتلقيح وفي الطيور يوجد امساك النطفة الملتصقة فيجب ذلك ليكون لها نوالد وتلقيح وعلوق وفي ذوات الثدي ومنها الانسان تنمو النطفة الحية في باطن الحيوان فيوجد زيادة على ما سبق جيل ثم دفع اي ولادة فوظيفة التناسل اذن مركبة في النوع البشري اولامن التوالد اي تكوّن النطف وثانيا من التلقيح اي احياء النطفة وثالثا من العلوق اي امساك النطفة الحية ورابعا من الحبل او الجمل وخامسا من الولادة اي اندفاع الجنين

(الفصل الاول)

(في النطف)

من الحيوانات من تكون نطفها اجزاء تنصل منها تظهر تولد النبات من اغصانه
القصولة منه وذلك كالحيوانات المكرو سكوية والزووفيت وبعض الديدان
ومنها من تولد فيه النطف من اعضاء مخصوصة تسمى اعضاء التناسل فتارة
تكون تلك الاعضاء مذكرا ومؤنثا في شخص واحد كالفوق والحلزون وكثير
من الحيوانات الرخوة ونارة تكون في شخصين بحيث تكون النطفة المذكورة
في شخص والمؤنثة في آخر كما شاهد تظهر ذلك كله في النباتات

(المبحث الاول)

(في النطفة المؤنثة)

النطفة المؤنثة في الحيوانات التي هي من الاسماك الى المرأة يظهر انها تتكون
في المبيض فتكون في الجميع على هيئة حواصل مسماة بالبذر كذا ثبت من بحث
كثير من العلماء والبذرة في الهوام والطيور كبيرة الحجم جدا بالنسبة لبذرة
المرأة وفي ذوات الثدي بسيطة التولد فالمبيض كغدة وظيفتها الخاصة افراز
البذر ففي ما حققه بريغوس ودوماس ان ذلك البذر لا يتكون في غير المبيض
وانه يوجد فيه دائما في جميع الحيوانات البالغة القابلة للتلقيح ولا ينمو الا في زمن
البوغ ويفقد في المجاز وان الحيوانات التي يحصل الوقاع بينها في جميع ازمنة
السنة يوجد فيها ذلك البذر دائما حتى يحصل لها العقم واما التي لا تطلب الجماع
الامرأة واحدة في السنة فلا يوجد فيها الا زمن اجتماع الذكر بالانثى وهذه
الحوصلات تكون في الاثناء صغيرة جدا وينتهي حالها بان تكسب حجم حب
الشهد الحنج ولا تعظم كلها في وقت واحد وانما تعظم منها واحدة او ثنتان غالبا
حتى يصل التامى لغاية الكمال قسمك جدرانها وتعم وترتفع عن سطح المبيض
كأنها تريد ان تمزق غشائها الخارج فالبذرة في دور انبساطها المذكور مركبة
من كيتين صغيرين احدهما اظاهر اعظم من الآخر ما تصق بمنسوج المبيض
والآخر باطن اصغر من الاول وهو في الحقيقة البذرة نفسها خلافا لبريغوس

ودوماً فانهم لم يرا الحافظين للكيس الاول اسم الحوصلة
وبعد انكشف البذر بحثوا في مسألة وهي هل البذر انتقل من الام الى بنتها
مع عنصر اعضائها اولم يتكون في البنت الا زمن البلوغ ومن تلك المسألة
نشأ البيان النظري الشهير لداخل النطف وتنازع فيه العلماء ومنهم هالير
وبونيت فتمسك الاخير منهما اعني بونيت بانه ينبغي ان يرجع اصل الانسان
الموجود الآن ومن وجد ومن سيوجد الى مبيض اول امرأة اى ان المبيض
في النساء الاول كان محتوي على نطف جميع النوع البشرى متداخلة في بعضها
غير ان تلك الانقسامات الانهائية التي تحوير فيها القول كانت سببا لهجر
القول بالوجود السابق للنطف وصار المقبول الآن هو ان تلك النطف
نتيجة افراز بسيط

(المبحث الثاني)
(في النطقة المذكرة)

هي الاتبة من الذكرو هي سائل ايض لزج يسمى بالمني واذا خرج من مجرى
البول كان مراكبا من جوهر منفرد من الخصيتين ومن سائل يتصاعد
من جدران الحوصلتين المتويتين ومن السائل البروستاتي ولكن اختلف
في السائل الاصلى للتوليد من تلك السوائل هل هو البخار المنوي المتصعد
من المني او المني المختلط بما ذكرنا او الحيوانات الصغيرة اما الاول فلا
لان اسبلازما لم يتيسر له ان يلقي بيض الضفادع الا بالاملاسة للبي الذي كبدون
واحدة واما الثاني فلا ايضا لان الذي تجهز الحوصلتان والبروستاتا ومجرى
البول انما يعتبر كحامل للمني المنفرد من الخصيتين واما الثالث فهو الذي
تمسك به كثير من المؤلفين ولهج به كثير من العلماء في اقطار كثيرة وتلك
الحيوانات الصغيرة اجسام مكروية تتحرك من نفسها لجهة معينة
وطرفها المستفخ المفرطح ينشأ منه الذنب الدقيق المستطيل ويقال ان فيها
الصغير والكبير والبالغ والعجوز والقوى والضعيف والذكور والانثى
وعلى حسب تجزيات بريغوس ودوماً انها لا توجد الا في اعضاء التناسل

لذلك وروى مختلف عن الكرات المتحركة التي في السائلات الاخر من الجسم
 في شكلها الذي هو دائما واحد في النوع الواحد من الحيوانات وفي كيفية
 سيرها وفي غير ذلك واما اطراف منتفخ وجزء مستطيل ورأسها تارة
 يضاوى او يقرب للاستدارة وتارة على شكل مربع معين لكن لا يعرف
 الا اذا شوهد من وجهه لان فيه تفرطها وذبها تارة مستقيم طويل منحروطي
 كما في حيوانات منى الديكة وتارة قصير دقيق كما في الكلاب وتارة مستطيل
 متوج كشكل ذنب الديدان الدقيقة الرأس التي توجد في احشاء الانسان
 واقطارها لا يتجاوز واحدا او اثنين او ثلاثة مثنية من مبلليتر ولا تشاهد
 في السائل المنوي قبل البلوغ ولا في الشيخ الهرم ولا في غير وقت الفصول التي
 تنزويها الحيوانات ولا في البغال لكونها لا تلد ولا في المادة الالنية من
 مجرى البول او البروستاتا او الحوصلتين المنويتين وتوجد بتلك الصفات
 قسما في جميع الحيوانات التي تفقد منها تلك الاعضاء المذكورة كلا او بعضا
 فالخصيتان وحدهما هما المفرزان لتلك المادة فكل حيوان ملقح توجد تلك
 المادة في خصيته وفي قناة المنوية غالبا وحركة هذه الحيوانات يظهر انهم ارادية
 فانهم تذهب دائما الى الامام ويمكن قتلها بثورة كهربائية فتبطل حركتها
 والمادة الحاملة لتلك الحيوانات في خروجها من القدة المجهزة لها تكون
 زائدة المخن بحيث ان حركة تلك الحيوانات فيها ربما كانت غير محسوسة
 لكن يكفي لظهور حركتها خلط تلك المادة بسائل آخر او حطها في سائل الحوصلة
 او مجرى البول واما الكرات الميكروسكوبية البسيطة فليس لها رأس ولا ذنب
 بل هي مستديرة غير منتظمة الشكل تارة كبيرة وتارة صغيرة ولا تتحرك
 الا من قوة دافعة خارجية وتوجد في جميع سائلات الجسم كالدم والمصل واللبن
 والسائل المنوي قسما قبل البلوغ ثم ان هذين العالمين تحقق عندهما بواسطة
 النلقح الصناعي الذي فعله مران كثيرة ان هذه الحيوانات هي التي وحدها
 تقوم من النطفة وما اتفق لهما في تجربياتهما احياء النطفة اذا كان السائل
 المستعمل غير محتوي على شيء من تلك الحيوانات كان قتلها او تلفت باي تالف

كان بخلاف ما اذا كان محتويا على شئ ففما فان التلقيح كان سهلا الاثالة لهما
ولكن تجريبيا تماد وان كانت بغاية التحقيق والامانة الا انه لا ييسر لنا ان
نعرض صفحا عن ما قاله غيره ما قال اسبلتراني ان هذه الحيوانات غريبة عن
التلقيح فلا دخل لها فيه وفريه اعتبرها كأنها محتوية على حوصلات صغيرة
ملوثة بمسحوق كالمسحوق التناسلي للارزهار وتنجم من زلات في عضو الانثى
ورسبال انتصب معارضا لقائلين بها فقال انها بقايا عضوية وانما تنجم من فساد
المني واما نحن فنستنبط من تلك الاراء المتعارضة رايانا قريبا للثبوت
وهو ان نقطة المرأة هي البذرة ونطفة الرجل محوية في السائل المنوي
وان هذا السائل يحتوي على حيوانات صغيرة والذي منها اعظم دخل
في التلقيح مجهول الى الآن

هذا ومن الامور الغير المتعارف فيها انتقال بعض الاستعدادات المرضية للطفل
من والديه وكون النشوهات الخلقية في بعض الاحيان موروثية فان لم يصح
ان يقول كما قال ارسطاطاليس ان الاعرج يولد الاعرج دائما والاعمى يولد
الاعمى فاقله ان تقول ان ذلك كثير الحصول ولذلك ذكر مورسوس ان
معلمه بالدرسة كان اعرج واولد ثلاث غلمان مثله ايضا واولد بنتا سليمة من دانه
وقد عرف من زمن ارسطاطاليس الى الآن ان الصبيان تشبه عموما مهامهم
واما البنات فتبيل الى تقاطيع آبائهن لكن هنالك اختلاف كثير في ذلك بحيث
لا يمكن ان يستنتج بالنظر لذلك كيفية حصول ذلك التوالد

(الفصل الثاني)

(في التلقيح)

اذا اكتسبت الطيف جميع نموها فحصل فيها ظاهرة جديدة وهي انضمام بعض
عناصرها ببعضها فحصل فيها الحركة والحياة وهذه الظاهرة هي التلقيح الذي
يصح ان تكون كيفية حصوله في الواقع دائما واحدة واما بحسب الظاهر فتختلف
باختلاف الحيوانات فالخلزون وان كان ذكره واشاء في فرد واحد الا انه لا يمكن
ان يلقي نفسه وانما يلزم ان يجامعه نظيره فيحصل لكل منهما التلقيح فيكون كل

ملتحما وملتحما وكان زهرة النبات الوحيدة النوع لا يلاقى مسخوقها التماسلي
مبيض النباتات الوحيدة النوع ايضا الا بالصدفة كذلك في كثير من الاسماك
والحيوانات الرخوة يظهر ان المصادفة وحدها هي التي تهدي الذكرك حيث
تعرض الانثى بيضها له لينديه بلبنه والضفادع وان لم يكن لها جماع حقيقي
الا ان الاجتماع لها لازم والتلقيح يحصل وقت خروج بيض الانثى الى الخارج
ولما في الثعابين والطيور وذوات الثدي كالادمي فيلزم ان نطفة الذكر تذهب
لتلقيح الانثى في باطن اعضاء التماسل

(المبحث الاول)

(في مجلس التلقيح)

المحل الذي تتلاقى فيه النطفان لم يعرف الى الآن معرفة تامة فهل هو المبيض
لوالبوق والرحم اما المتقدمون فاخاروا ان احياء النطفتين يكون في الرحم
وان ذلك يحصل بواسطة عنصر عصبي في غاية اللطافة وبذلك قال فيثاغورس
اوبامتراج مغناطيسي وبذلك قال هرقليه اوبالاسائل المنوي للذكرو اما القائلون
بان محل البذر هو المبيض فيقولون ان الاجتماع لا يكون الا في المبيض
وهو رأي معظم الفسيولوجيين الا ان غيراتهم اختلفوا في حصول ذلك هل هو
بامتصاص المادة المنوية بعد دخولها في المهبل وذهابها للمبيض من طريق
دورة الدم وهذا رأي شوسيبه واختاره دوچيس اوبواسطة البخار المنوي الذي
قال به فبريس اوبمزج مغناطيسي اوبانارة كهربائية او من مجرد الاضطراب
الذي يحصل بالوطئ اقوال * واما القائلون بالحيوانات الصغيرة فتم من يرى
ان التلقيح يحصل في الرحم بدون مشاركة البذرو منهم من يرى ان الحيوانات
المذكورة تجذب في الرحم حوصلات المبيض لتتراكم معها هناك فيحصل
التلقيح ومنهم من فرض ان واحدا من تلك الحيوانات يجذب بذرة في الرحم
فيدخل فيها برفعه صماما صغيرا منها وفي هذه اللحظة يحصل التلقيح
واما بريفوس ودوماس فرجعا الى رأي بقراط وارسطاطليس واختاروا
ان تجويف الرحم هو مجلس التلقيح وكذلك باور منها انهم لم يجدوا

في تجربياتهما شيأ من تلك الحيوانات في البوق ولا في المبيض مع انهما وجدوا
 كغيرهما في الرحم وقرينه ومنها ان البذر محتاج قبل الخلط الى ان يغلف
 بطبقة مخاطية ولا يأخذ ذلك الا من البوق في ذهابه من المبيض الى الرحم
 ومنها انهما لم يشاهدا حصول التلقيح الصناعي للبذر الذي اخذاه من المبيض
 مباشرة مع انه لا شيء اسهل عندهما من احياء البذر الذي اجتاز البوق لكن
 بشكل على ذلك ان رويش شاهد المادة المولدة اعني المتى في بوق امرأة زانية
 قتلها زوجها عند ذلك وان هالير وجد مثل ذلك في اناث حيوانات قتلها كذلك
 وهنتر شاهد مثل ذلك في كلاب ووربان رأى نحوه في البقر وحيث علم عندنا
 انه لا يمكن تلقيح بيض الضفادع الا بتغطيتها قبل ذلك بدهان مخاطي سميك
 ساخن ان قيس على ذلك حصوله ايضا في النساء واما البذور التي وجدها
 بريغوس ودوماس غير قابلة للتلقيح فيظهر انها لم يفضلاها بقوة من المبيض
 الا بعد ان احدثت الاكولات تغير فيها فعلى فرض انه لم يثبت وجود حمل بوق
 ولا مشاهدة الجنين الذي شاهد بوسير نصفه في البوق ونصفه في المبيض
 ولا الحمل الخارج عن الرحم الذي شوهد كثيرا افلا تكتفي تجربيات فولك
 وهجتون لاثبات ان انضمام النطف لا يحصل في الرحم فان الاول ربط البوق
 بعد الوقاع برباط ثم قتل الحيوان فوجد البذرة واقفة على الخيط ومخاطبة
 بنصف القنطرة المتوية اي البوقية والثاني لم ير حصول التلقيح في الجانب الذي
 ربط فيه البوق من ارنب

(المبحث الثاني)

(في كيفية التلقيح وفي الجسم الاصغر)

كيفية حركة التلقيح خفية علينا ونهاية ما نقول فيها ان واحدة من الحوصلات
 المتوية في المبيض تعظم بسرعة بعد البلوغ وتعلو عن سطح العضو فيرقع غشاؤها
 الظاهر شيأ فشبأ ثم في وقت الجماع تنشق فتفر منها بذرة صغيرة هي البذرة
 الحقيقية تدخل حالا في البوق الموضوع طرفه بهيمة المجهم على الحمل الذي فيه
 البذرة من المبيض فالمحفظلة التي تحتوى على البذرة قبل ان تنشق سماها

بعضهم بالجسم الاصفر ثم اذا انشقت المحفظة حصل منها جرح صغير دام
 يتحتم تدريجيا ويترك في محله نتية او اثره هابطة يختلف عمقها وتلك النتية
 او الاثره هي التي سماها مالير وغيره بالجسم الاصفر والظاهر ان هذا هو المختار
 عند بر يغوس ودوما من قال المؤلف وتحقيق هذين القولين يحتاج لتفتيش
 جديد اما انما في شاهدت في مبيض النساء حتى قبل التلقيح ~~كتلة مصفرة~~
 بل كتملا في حجم تسلة وتارة كسندقة وبعد شهرها شاهدت فيها احيا ناحلة
 فحاجة كدرنة رتوية غير لينة وتارة كنظر مادة متجمدة محببة تلتصق
 بما يلا منها وتارة كنظر كيس يأخذ في اللين من مركزه الى دائرة البروز الذي
 يحصل منها على سطح المبيض تارة يكون عظيما جدا فاذا تمزقت عند كمالها
 حصل منها نجوف لا يتصل الا بطنى ويترك بعده انخفاض عميقا يكون اثره
 يدل على وجوده فيه قبل وما يحصل لبذرة يمكن حصوله لثنتين او ثلاث
 او اقل ~~كثروا~~ سواء حصل انتشار البذرة بواسطة الاضطراب الذي يحصل ناحلة
 الجماع او شوران كهرباني او بخار منوى او بحيوانات صغيرة او باى عنصر كان
 من المادة المنوية فينزع بعد كل تلقيح ان يفصل من المبيض بذرة يحصل منها
 حالهما كان تنوعها كائن مشابه لكائن المنتج لها سواء وصل عنصر المني
 باستقامة الى نقطة المرأة او لم يصل الابدان دخل في الدورة العامة فهذا
 ما ثبت من المشاهدات ولا يعرف منها ازيد من ذلك

(المبحث الثالث)
 (في التلقيح الصناعي)

امكان التلقيح الصناعي في النبات غير مشكوك فيه وهو الذي يستعمل عندنا
 في الخيل وقد جرب ايضا في الحيوانات فمليحي عمله في دور القز ولم ينجح معه
 ونجح مع البقوبى في انواع من الاسماك واسلترانى فنجح معه ذلك في كثير من
 الحيوانات كالضفادع وغيرها ونجاسم رواعى غل ذلك ايضا في ذوات الثدي
 ونجح معه ايضا في نوع الكلاب ذات الوبر الطويل كما نجح معه في الضفادع
 وكردوسى هذه التجربة تحصل منه نتيجة مثل ذلك وذكر موندان انه شاهد

النجاح في ثمانية عشر تجربة من ثلاثين عملها اقرساكي بواسطة انبوبة طويلة
من زجاج تخدم موصلا للبخار المنوى من ذكر الكلاب الى المهبل مؤنثها
وكثير من المتأخرين شك في ذلك الا ان ما يتعلق بمثل نوع الضفادع خصوصا
صار الآن امرا غير منازع فيه عند بريغوس ودوماس

واما في النساء فلم يكن عندنا دليل يثبت امكان ذلك وان ظنه بعض المؤلفين
ولبسطة سلموت وعدم تأمله قال انه اتفق ان منى الرجل قذف في بلعوم امرأة
فحصل من ذلك حمل في معدتها والحالة التي ذكرها الويزوهي حصول التلقيح
من الشرج كان المهبل فيها مفتوحا في المستقيم ومثل ذلك يحصل ايضا في قناة
البول اذا كانت الرحم مفتوحة في المثانة واذا اشوه حصول العلوق كثيرا
مع عدم اثقاب الفرج فماذا لا لا يكونه بقي بعض ثقب في غشاء البكارة
مترنم المني فمثل تلك الاشياء تثبت انه ليس بلازم في جميع الاحوال ان السائل
المنوى يتجه باستقامة من القضيب الى عنق الرحم لكن لا يؤخذ منها ظن ان
التلقيح الصناعي ممكن في النوع البشري وبالجملة فليس هنالك افتراض في ذلك
الا وفيه معارضات بل شك ايضا في تأثير المبيضين نفسيهما في ظاهرات التلقيح
فقد اتفق ان امرأة سنة ١٨٢٤ مسيحية ماتت بمارستان مدرسة الطب وقبل
موتها بكثر من سنة كان يظهر ان في بطنها اوراما كثيرة وكانت حاملا في اربعة
اشهر فلما فتحت جثتها تحقق فيها جملة كثيرة من اورام شبيهة بالملح على السطح
الباطن للبريتون ولم يوجد اثر للمبيضين اصلا بخلاف الرحم واحد البوقين فقط
فانما كانا سليمين لكن يمكن ان يقال ان المبيضين لم يصابا بالمرض الا بعد
التلقيح غير ان التمسك بهذا التأويل يبعده شرح حالة المرأة تفصيلا .

(الفصل الثالث)

(في العلوق)

اذا انضمت النطف في الباطن فالناتج من ذلك يمسك في العادة ويقف في محل ما
من المجموع التناسلي وهذه الظاهرة هي المسماة بالعلوق فهي غير التلقيح
لانها اذا حصل التلقيح خارجا عن الحيوان كما في الاسماك وكثير من الهوام

لم يصح ان يقال انه يوجد علوق حقة في واما في الطوائف التي هي اعلی عن ذلك
فيوجد دائما فيظهر يادى النظر ان جعله ظاهرة مستقلة غير نافع وبصح بدون
خطر خلطه بالحبل لكن اذا نظر اليه باقرب من ذلك لم يثبت الحال قليلا حتى
يتحقق العكس فان الثعابين والطيور ليس لها حبل مع ان لها علوق فانه لم يبق
يشمل اذن ما يحصل بين لحظة الاحياء والوقت الذي يتدأ فيه نمو البذرة الملقحة
سواء ثبتت لاجل ذلك في محل من القناة التناسلية او احتاجت للاندفاع
لتكايد التحضين والنفس في الخارج بالكيفية

(للكتاب الثالث)

(في الحبل)

اذا خرجت البذرة الملقحة من اعضاء الانثى قبل ان يتدأ التطفة في النمو
كافي الطيور لم يكن هنالك حمل وتسمى الحيوانات بذوات البيض او مولدات
البيض فاذا تكون الجنين في مروره من البوق لكن بحيث لا يمكنه ان يتفصل
من قشره الا بعد زمن القس كافي بعض الهوام لم يكن هنالك في الحقيقة ايضا
حبل ويقال للحيوانات ذوات البيض الحى اما اذا كابدت البذرة كلها التحضين
في باطن اعضاء التماسل ولم يدفع الجنين الى الخارج الا بعد ان يحصل
في اعضائه نمو كاف به يمكنه ان يعيش وينمو في العالم الخارج فانه يقال ان هناك
حبالا وحلا وذلك هو ما يشاهد في ذوات الثدي فانه يوجد فيها رحم وغيرها
يسكن فيها ما نتج من التلقيح الى وقت كماله وتسمى هذه الحيوانات
ذات الاجنة الاحياء

فالحمل في النوع البشرى هو احدى ظاهرات التماسل التي من المهم دراستها
وبالبذرة الملقحة اذا وصلت بدون عائق الى تجويف الرحم ومسكت فيه يقال
ان الحمل جيد او طبيعي او رخمى فاذا وقفت وتمت في المبيض او سقطت
في تجويف البريتون او وقفت في البوق او دخلت في سمك جدران الرحم
يقال للحمل ردئ او مخالف للطبيعة او خارج عن الرحم اى عن تجويفه
والنوع الاول اى الحمل الجيد يتقسم الى ثلاثة اشكال حمل بسيط اذا لم تحتوى

الرحم الأعلى بذرة واحدة وحمل مزدوج أو مثلث أو مربع أو مربع كعب
إنما احتوت على بذرتين أو ثلاث أو أربع وحمل مضاعف إذا كان مع البذرة
أشياء غريبة عنها كبوليبيوس أو مقدار كبير من الماء أو مرض آخر في الجنين
ثم في الرحم والنوع الثاني أي الحمل الردي على أربعة أشكال آتية من المجلس
الذي تختاره البذرة الملقحة حمل مبيض وحمل بطني أو بريتوني وحمل بوقي وحمل
خلالي أي في سلك الرحم وبعض المؤلفين لما رأى أن هنالك أمراضا يحصل عنها
أغلب علامات الحمل وضع له تقسيما أوليا عما فقال الحمل أصادق وأما كاذب
أي ظاهري وقال أن الأول يتكون من وجود جنين أو جملته أجنة والثاني
من أمراض تزيد في حجم الرحم والبطن وليس معها جنين أصلا فعلامته الأول
وجود الجنين والثاني عدمه لكن نقول إطلاق الحمل على هذا الاتفاخ
غير مناسب لأن شبهة بالحمل ضعيف إذا جنين أصلا

(التعليم الأول)
(في الحمل الصادق)

(الباب الأول)
(في الحمل الرحي)

مما حصل الحمل ظهر في البنية تغيرات منها ما يكون موضعيا أو طبيعيا أو ماديا
ومنها ما يكون مختلفا أو برهيا أو عاما ومنها ما يحصل في جميع الأنواع ومنها
ما يخص نوعا منها ولما كان الحمل الرحي يجمع معظمها وهو الحمل الحقيقي
في النوع البشري ذكرنا أولا ما يخصه

(القسم الأول)
(في الحمل البسيط)

الاضطرابات العنيفة التي يسببها الجماع وقتية في المرأة والرجل إذا لم ينتج من
ذلك الوطئ فليجرب فان نتج منه ذلك شحيت حالة الهيجان والاتصايب والتشنج
في الرحم والبوقين ويسكون من ذلك اقتناح حياة جديدة للرحم وتغيرات
كثيرة في جميع البنية

(الفصل الاول)
(في التغيرات التشريحية)

البطن وما يتعلق به من الاعضاء يستدعي اتبائها مخصوصا

(المبحث الاول)
(في تغيرات الرحم من الحمل)

التغيرات التي تحصل في الرحم عظيمة الاعتبار لانه يتغير حجمها وشكلها ووضعها واتجاهها وتركيبها وخواصها ولذا كذا في مطالب

(المطلب الاول)
(في تغيرات في حجم الرحم)

اذا حصل العلق زادت ابعاد الرحم ثم قيل ان النمو يتبع سيرا منتظما الى آخر الحمل وقيل بدون استواء وقال ديزرموس ان سيره في الاشهر الاول بطيء وفي الشهرين او الثلاثة الاخيرة سريع وفي الابداء يكون النمو في الجدران فقط ثم في الجدران والتجويف معا وليس الجسم وحده هو الذي يكاد هذا العظم وتمسكت القابلة بواقين تمسكا لا يخلو عن غلط يقينا بان العنق في الشهر الثاني يكون طوله قريبا من قيراطين وفي آخر الثالث يكون جسم الرحم قيراطين ونصفا في جميع ابعاده وثلاثة قيراط ونصفا في الشهر الرابع وفي هذا الزمن الاخير تنمو العضون العليا للعنق وتنشعر على هيئة اعصاب دقيقة وفي الشهر السابع ينقرش النثل العلوي للعنق على القسم السفلي للجسم الذي يتميز عنه احيانا من الباطن بمنطقة وردية ويكون جزؤه السفلي اكثر بيضا من غيره وقدره خمسة عشر خطا ومن ضمنه بوزطنشيا الذي طوله من خمسة خطوط الى ستة وفي الشهر الثامن يكون طول العنق في العادة اقل من قيراط ولا يفقد بالكلية في الكثرة الرجعية الا في الشهر التاسع بحيث انه من ابتداء الحمل الى وقت الطلق يرق وينبسط ويتسع تدريجا قبل ان يزول بالكلية وقال يهيلى ان ربيع العنق يتسع في الثالث ونصفه في الخامس لكن نقول ان ذلك لا يحصل اقله في معظم الاحوال قال المؤلف وينبغي ان نذبه وقافا لديرزموس على

ان العنق اذا جردناه عن بوزن شيا يقدر ثلث طوله تقريبا في الشهر الخامس
ونصفه في السادس وثلثاه او ثلاثة ارباعه في السابع وثلاثة ارباعه او اربعة
اخماسه في آخر الثامن والباقي يزول في التاسع وبعد هذا كله فالتمسك برأى
دون آخر غلط لان المشاهدات المتكررة والتجربيات الجيدة لا تؤكد الوتوق
برأى دون رأى فالتغيرات التي يكابدها طول العنق مدة الحمل تختلف
كاختلاف صفاته التشرىحية في حالة فراغه فموجب ذلك يلزم ان يؤخذ
ما ذكرته على سبيل الاغلب ويقال ان وقت الوضع يكون القطر القائم للرحم
اثني عشر قيراطا والمقدم الخلفي تسعة قراريط والمستعرض ثمانية قراريط
ونصفا وقد وجدت في ثلاث نسوة متين قبل تمزق الاغشية ان القطر الكبير
في اثنين منهن خمسة عشر قيراطا وفي واحدة ثلاثة عشر والقطر المقدم الخلفي
في واحدة ثمانية قراريط وفي ثنتين عشرة والمستعرض في ثنتين احد عشر
وفي واحدة تسعة ودائرة الرحم في ارتفاع البوقين ستة وعشرون قيراطا تقريبا
وفي محاذاة الجزء الرحي من العنق ثلاثة عشر اصبعيا فقط وقال لوفريت
ان الرحم التي يكون مسطح مساحتها في حالة الفراغ ثلاثة عشر قيراطا يكون
في وقت الولادة ثلاثا عشرة وتسعة وثلاثين وان تجويفها الذي تكون مساحته
في الحالة الاولى اربعة اخماس قيراط تكون في الحالة الثانية اربعة عشر قيراط
وثمانية قراريط وان كتلتها التي كانت قبل الحمل اربعة قراريط وثلاثا تكون
احدى وخمسين عند الولادة وزيف المؤلف كلامه في تجويف الرحم وقال انه
يمكن ان يحتوى التجويف بجمته على سبعة عشر رطلا من ماء مع
ان البذرة كلها بما فيها النمازن غالباً من سبعة ارطال الى عشرة انتهى

(المطلب الثاني)

(في تغيرات في شكل الرحم)

الرحم بدل ان تبقى مفرطة الوجهين تستدير ولم تلبث قليلا حتى تصير
كثيرة الزاوية المهيبة يظهر كأنها تضيق وتندق وقحة الرحم تصير احيافا
مستديرة او يزول كونها شفا خيطيا او مستعرضا ولا سيما في الاشهر الاول

من الحمل واحيانا تنفتح افتحا واسعا وشفتاها تسلكان وتصبران اكثر رخاوة
سما في النساء اللاتي ولدن اولادا ويظهر في بعض احوال الولادة الاولى
انها تطبق بالكليية بحيث ان الاصبع يصبران يميزها

ثم ان الرحم تصل تدريجا الى شكل يضاوى طرفه الدقيق ملتفت الى الاسفل
وجدارها الخلفى الذى كان اكثر تقببا من المقدم قبل التلقيح فهو بحيث يظهر
ان البوقين نزلا الى الاسفل نزولا عظيما وان اصلهما انتهى بمحاذاة محل اتصال
الثلاثين الخلفيين من دائرة الرحم بثلاثها المقدم وقعر الرحم تنوزجدا ومن
حيث ان ابناء الرحم تقرب للتساوى في جميع الجهات فهو الشهر الخامس
او السادس يكون شكلها حينئذ كانه كرى منه بعنق قصير جدا ويصح
تشبيهه بمشاة طرفها الذى هو جهة مجرى البول اى العنق يظهر كانه مربوط
بخط في مسافة قيراط او قيراطين فاذا تمخيل حينئذ ان شخصا يرعى يبطئ
من الاعلى الى الاسفل ودوائر الربط السادل ذلك العنق حال كون آخر ينفتح
في قعرها ليجدها حصل عندئذ تمخيل الزوال التدريجى لطرف الرحم
قال المؤلف ويظهر لى ان الرحم يدل ان تحفظ استدارتها وانظامها في الاشهر
الاربعة الاول كما ذكرنا ذلك عموما تنفرط قليلا في جهة الامام والخلف
وجزؤها العجزى يكون عادة منضغطا ليتوافق مع شكل التواء البارز والجزء
القطنى من السلسلة وفي آخر الحمل لا يكون العنق الاحوية مكونة من شفتى
بوزن ثنيان وسلكها يختلف على حسب كون هذه اول ولادة او سبقها غيرها
ففي الحالة الاولى تكاد الاحوية ان لا توجد وانما تبدل بدائرة تأخذ في الرقة
تدريجيا وفي الحالة الثانية تحفظ غالباً سلك خطين او ثلاثة او اربعة الى وقت
الولادة وفورها تنبني منسدة غالباً وحافتها ملساوين منتظمين رقيقتين
الى آخر الحمل في النساء اللاتي لم يلدن اما في غيرهن فيبكر افتتاح تلك الفوهة
قال المؤلف قد اتفق لى مرات كثيرة ادخال الاصبع فيها في حوامل لهن خمسة
اشهر ونصف او ستة وهى اوسع وارخى من الاسفل واصلب واضيق من الاعلى
وتجوز فيها تشبه اصبع الكف الذى يلبس في اليد فهو مستطيل بحيث يمكن

منه لس الأغشية عارية ويعرف وضع الجنين قبل الولادة بأشهر كثيرة

(المطلب الثالث)

(تغيرات في موضع الرحم)

الرحم مادامت اخذه في نمو الطول وزيادة الحجم تكابد ايضا تغيرات في الوضع وفي المباشرة فعمقها يتخفف ويقرب للفرج وذلك يتضح في بعض النساء غالباً ويختفي في بعضهن وتوجد هذه الظاهرة غالباً وتستمر زناً طويلاً في ذوات الحوض العريض والاليف الرخوة وعكس ذلك في غيرهن وان لم تدر مشاهدتها في الشابات الاقوياء في الحمل الاول ومع ذلك فبوزن شياً لم يلبث قليلاً حتى يصعد ببطء كلما عظم حجم الرحم وقد ذكر هذه الظاهرة سابقاً ارسطاطاليس وذكرها بعده كثير من القوابل وفي الشهر الثالث يشغل تقريباً الحمل الذي كان شاغلاً له قبل التلقيح ولا يزال يعلو بعد ذلك حتى يصل احكاماً الى الزاوية العجزية الفقرية واحكاماً ينزل من ابتداء السادس او السابع او الثامن حتى يقرب جداً للمضيق السفلي

واما قعر الرحم الذي يكاد ان لا يجاوز محاذة المضيق العلوي في الثالث فيرتفع بعرض اصبعين من اصابع اليد في الرابع ويقرب للسرة في الخامس حتى يصل اليها بل قد يجاوزها ايضا في آخر السادس فيصعد ايضا في السابع والثامن لكن لا يصل الى الجباب الحاجر ولا الى الكبد ولا يملأ القسم الشراسيني كما زعم بعض المؤلفين قال المؤلف وقد شاهدت انه كثيراً ما بقي في القسم المتوسط المعدى الى وقت الولادة نعم في بعض الاحوال لا يمكن غير ذلك بحيث انه في آخر شهر من الحمل يكون في الغالب مركز الحوض منفصلاً عن السرة بمسافة من ثمانية عشر قدراً الى عشرين وعلى كل حال فالرحم من حيث انها تهبط من ثقل الجنين في الشهر التاسع يظهر كأنها تنخفض وتهبط على نفسها وبسبب ذلك تعظم زيادة في العرض اكثر من الامام الى الخلف مع انها لم تكن كذلك فيما سبق

(المطلب الرابع)
(تغيرات في اتجاه الرحم)

إذا كانت الرحم سائلة في الحوض الصغير ولم توقفها قاعدة العجز فان نصفها الخلفي المكون لكثلة اعظم من نصفها المقدم يميل لان يذهب الى الخلف بحيث ان بوزن نسبيًا بانخفاضه يبعد عن العجز ليقترب الى العانة وذلك الزوغان يتسبب عن تمدد المشيمة وتغير وضعها على التعاقب فان كانت الرحم غير جيدة الحفظ من الامام بجدران البطن ومنضغطة بالاحشاء بحيث تلتزم المرأة لحفظ موازتها ان تميل رأسها ومنكبها الى الخلف لان الظاهر انها عند نموها وملاستها التواء البارز لا ترتفع الا تابعة لهو والمضيقي العلوي الانحرافات لما كانت الرحم موضوعة من الخلف على جزء صلب بارز مستدير كان بقاؤها محفوظة على الخط المتوسط عند اتجاهها في البطن عسرا وانما الغالب زوغانها من جانب الى آخر ففي ثمان مرات من عشرة نزوغ الى اليمين بحيث ان احد جانبيها وهو الايسر اذا كان الانحراف الى اليمين او الايمن اذا كان الانحراف الى اليسار يتجه حالا الى الامام فيحصل من ذلك ان قسمها المقدم يثقت قليلا الى اليمين في الحالة الاولى والى اليسار في الحالة الثانية وبالاختصار يظهر كأنها تلتف على محورها الكبير ومعرفة هذه الحالة مهمة عند ما يراد استعمال العملية القيصرية

اولا انحراف الجسم قد وضحو اسباب كثرة انحراف الرحم الى اليمين بكمييات كثيرة وربما ظهر انه يمكن لذلك وجود المستقيم الممتلئ بمادة ثقلية يابسة جد في الحوامل لكن شوهة ان هذا الانحراف يشاهد ايضا فيمن ليس عندهن امساك بل فيمن عندهن اسهال وقال ديرزيموس ان الرحم اذا ارتفعت في البطن تدفع الى اليمين بكثلة الامعاء الدقاق وقولون المتعرج وذلك لان الماساريقا المثبتة في مقدم السلسلة تتجه بانحراف من الاعلى الى الاسفل ومن اليمين الى اليسار انتهى قال المؤلف وهذا غلط بل انما يتجه اصل الماساريقا من اليسار الى اليمين ولا ادري كيف غلط ديرزيموس في ذلك مع انه من المحققين

فاذا كان تعريج قولون في الجانب الايسر كان الاعور الكبير الحجم في الجانب
الايمن فيقع التعادل وظن آخرون ومنهم لو فريت ان اندغام المشيمة بتعديده
تعد دجوة من الرحم قد يحصل منه الانحرافات الجانبية لكن تقول اولاً ان جزء
الرحم الملاصق للمشيمة يتوزع اقل من الاجزاء الاخر وثانياً اذا قلنا بذلك لزم
ان مشيمة الجنين ترتبط غالباً على اليمين مع ان المشاهد العكس قال المؤلف
وانما اختار ان الرحم لا يمكن ان تستقر على مقدم العمود الفقري فتحنى غالباً
على اليمين بسبب اعتياد التوهم على ذلك الجانب وعلى استعمال اليد اليمنى
اكثر من اليسرى وقبل الوثوق بهذا البيان ينبغي ان يقام دليل على ان النساء
اللاتى يستعملن عكس ذلك لا يحصل لهن الانحراف اليميني وتقول قد ذكر
مريوس انه شاهد الانحراف اليسارى في امرأة من هذا القبيل اى تعمل
جميع اعمالها بيسارها قال جمع من العلماء ويعسر قض مثل هذا الرأى
ثانياً انحراف العنق * متى انحنى قعر الرحم وجسمه الى الامام واليمين انجبه
العنق غالباً الى الخلف واليسار ومع ذلك من الغلط ظن حصول ذلك دائماً
فيصح ان القصة تنبى في مركز التعكير وان كان الانحراف المتقدم والجانبى زائداً
جداً او انها تنجبه الى الخلف اكثر مما يبدل عليه وضع القعر قال المؤلف وكثيراً
ما وجدت مسطحها موازياً للوجه المتقدم للعجز في الازمنة الاخيرة من الحمل
مع انه لم يكن هنالك انحراف الى الامام ويصح ايضا ان تميل الى اليمين وان كان
القعر مضطرباً الى تلك الجهة وذلك نادراً جداً وهذه الانحرافات في العنق كثيرة
بحيث يظهر ان قدماء المؤلفين شاهدوها

(المطلب الخامس)
(تغيرات في سمك الرحم)

وقعت مشاجرات كبيرة في سمك الرحم مدة الحمل فذكر جالينوس انه يكون
قرباً في الابداء وضعفها في الوسط واضعف في الآخر ومثله بوليجين وزعم
بعض ان الرحم لا تتور وتعتظم الا بالنظر لسمك جدرانها وقيل يكون سمكها
بعد الحمل كسمكها قبله وقيل انها تكون اسهل والجب من مثل هذا الخلاف

والنزاع

والنزاع الكبير في امر يسهل تحقيقه غير ان ذلك ناشئ من الاحوال التي كان فيها المشاهدون وذلك ان القدماء كانوا لا يتكلمون من فتح جثة ميت فكانوا يقيسون ذلك على نظائره فيرون ان جدران المثانة تكون ارق كلما كانت اكثر تمددا بالبول وشاهدوا مثل ذلك ايضا في رحم كثير من الحيوانات ولم يظنوا انه يمكن خلاف ذلك في النوع البشري وان كان شوهد في النساء اللواتي من بنزيف مدة الولادة اوفى الثلث الاخير من الحمل اوباء تسقاء رجي بسبب كون البذرة فيهن محتوية على مقدار كبير من سائل امنيوسى ان الطبقة اللحمية من الرحم تكون رقيقة جدا بل تتحول في بعض الاحيان الى نصف سمكها الاعتيادي او ثلثه بل الى ربعه حتى ان بعضهم وجد اربعة خطوط في الجزء المتدعمة فيه المشية وخطا واحدا فقط في غيره من الاقسام واثبت آخرون خلاف ذلك ولكن بعد ذلك اتفحت الحقائق وذهبت تلك الافتراضات العقلية وثبت ان جدران الرحم تحفظ تقريرا سمكها مدة سير الحمل كما كانت في حالة الفراغ ويكون ذلك السمك اقوى في محل اندغام المشية لاضعف كازعمه بعضهم ثم يأخذ في النقص من القعر الى العنق حيث يكون هنالك في الغالب من خطين الى ثلاثة بل قد يكون اقل من ذلك ثم ان السمك يزيد قليلا في جميع اجزاء العضو كلها الى الشهر الثالث او الرابع وفي بعض الاحيان ينقص عن حدوده الاولى ثم يجاوزها من جديد ويكون ذلك في اواخر ارملة الحمل ما عدا العنق فانه يرق حينئذ فقد شوهد ذلك السمك عشرة خطوط في امرأة ماتت برصاصة ولجلها شهر واحد وتحقق ايضا كونه اعظم من ذلك في امرأة تمت اشهر حملها وتزقت اغشيتها وعملت لها الحماية القيصرية على انه يختلف باختلاف النساء ولا يكون في جميع اجزاء العضو على السواء فالقسم الذي يستند على الزاوية العجزية القصرية يكون في العادة رقيقا جدا ويشاهد احيانا مثل ذلك في محاذاة العانة ويختلف في غير تلك الاجزاء حتى في الحال المحاذية لما يبرزن الخنثى كما كلفه مثلا ويكون ذلك السمك عظيما بعد خروج المياه ك قبلها وزائد العظم بعد الولادة حالا واقل من ذلك في الزمن الاول من الطلق

وفحو وسط الحمل ويتقصنقصا محسوسا بل كثيرا جدا في النساء المصابات
بالنزيف او اللواتي متن منه بدون ان تتمزق البذرة

(المطلب السادس)

(تغيرات في تركيب الرحم)

بنية الرحم في حالة الفراغ كأنها غير كاملة ولا تكمل وتمتوا لمدة الحمل فالباقها
التي كانت قليلة الاحرار كثيفة تصير غير متميزة فتلين وتزيد احمرارا وتظهر فيها
مسطحات واوعية يسهل معرفة تتبعها والمنسوج الخلوي الذي كان اولا
متينا مند مجاميرنا يتخلل ويلين ويقرب لحالة المنسوج الخلوي العام للبنية
وبذلك يسهل تمدده وانساعه وكذلك الفروع الشريانية التي هي منتنية على
نفسها كثيرا على هيئة القناة المنوية وملجمة في هذه الحالة بصفائح مرنة
كثيفة فانها تطمع الارتخاء العام فتطول شيئا فشيئا وزيادها التي كانت اولا
حادة في انثناءاتها تنجف وتنعظم وتنتهي بان لا يكون فيها تعرج عميق ولا تعرج
بحيث لا تعوق دورة الدم والاوردة تكاثر ايضا مثل هذه التغيرات فبعد
ان كانت في الحالة الطبيعية غليظة واقل اعوجاجا تسع وتمو بسرعة ايضا
كالشريانين وفي نهاية الحمل تخطط الطبقة اللحمية بخطوط تتبعها بجميع
ضروب الاتجاه فيتكون منها شبكة كأنها تفصل تلك الطبقة الى مسطحين
ويعظم حجمها بحيث يدخل فيها ريشة او طرف الخنصر احيانا وكما قربت
للاغشاء المخاطي زاد انعاها بحيث يتكون منها مخروطات قاعدتها مقلوبة
وتلك المخروطات شرحتها سابقا استرول مسماة بالاوردة الاعورية غير ان هالير
ردها الى طبيعتها الاولى وسماها بالجيوب الوريدية والوعية اللبغرافية
تسع بحيث اذا حقت بالزئيق جازان بساوي حجمها ريشة غراب ويتكون
منها غلاف فضي على سطح الرحم والاعصاب ايضا يزيد حجمها على
رأى هنتير

والغشاء المخاطي الذي يعسر اثبات وجوده في غير زمن الحمل يصير اوضح
واكثر احمرارا ولا يمكن فصله الى اهداب متميزة عن بعضها والثنيات التي

يكون

يكون منها غلاف لغضون العنق ترتفع حتى تنزل في النصف الاخير
من الحمل والغشاء المصلي يدخل ايضا في جميع هذه التغيرات وغلط ينشأ في تمسكه
بان البريتون كبقية الاغشية الشفافة غير قابل للانبساط ففي آخر الحمل لا يزال
الرباط المصلي للمستقيم باقيا والاربطة العريضة وغيرها من التنيات
البريتونية المنجذبة لا تنزل وان كانت تفقد ابعادها الى اقطارها النسبية
بل بعض شيء من ابعادها المطلقة ومع ذلك اذا اخترنا انها تنبسط بانبساطا
تامافنا نجعلها لا تنكفي لان محيط بدائرة قدرها ستة وعشرون قيراطا فاذن
من الواضح ان الوريقة المصلية تنمو بنسبة نمو الطبقة اللحمية للرحم وتبقى
ملازمة لنفس المحال من الطبقات التي تحتها من ابتداء الحمل الى آخره
قال المؤلف وقد شاهدت ان حجمها يزيد لانه يتقص وان التصاقاتها يقل
ارتخاؤها مدة مكابدها هذا الاتساع

(المطلب السابع)

(تغيرات في خواص الرحم)

كلما انبسطت اوعية الرحم هرع الدم اليها وينتهي حال الرحم بان تكون على
هيئة اسفنجية محقونة بالسائل ومن حيث ان الطمث ينقطع متى حصل
التلقيح نسب بعض المؤلفين لهذه الظاهرة معظم التنوعات التي يكابدها الرحم
حينئذ لكن ذلك غير مقبول لان مثل هذه التغيرات تشاهد في النساء اللاتي
لم يرل حيضهن الدوري مستدما مدة الحمل وكذا اذا كانت الرحم ممتدة
يو ايبوس وانما لا تشاهد في احوال انقطاع الطمث بدون سبب مرضي
والرحم في حال فراغها يمكن مسها وقرعها وضغطها بدون ان يحصل للمرأة
وجع امادة نمو البذرة فاذ في صدمة اللمس من الجنين تحس به المرأة بالقوة
الحساسية والانتباضية تكونان فيه كما في اعضاء الحياة الحيوانية ومع ذلك

فالرحم حينئذ اقل قابلية للتجهيم واختارا واعموما

ولا جل شرح عظم تجويف الرحم ذكر القدمات ان البذرة بنموها تمدد
هذا التجويف كما توسع انبوبة من زجاج بالنفخ فيها وهي اينة بالحرارة وامثانة

بامتلائها بسائل او هو آو قال بعضهم ان الرحم تتدد من نفسها من تأثير قوة
 ممددة لها وانما كالقلب والمنسوج الاتصالي تعظم جدا بخاصة من خواصها
 الحيوية فقط اسكن ذلك يتضح به الامر الواقعي بدون ان يعرف السبب مع ان
 المحقق ان القوة الممددة غير حاصلة عن البذرة وانما هي قاطنة في الرحم
 نفسها ويؤيد ذلك ما شاهدته المواقف خمس مرات وكذا غيره قبله من ان تجويف
 الرحم الخالي عن البذرة يتدد في الحمل الغير الطبيعي كما يتدد في الطبيعي
 وما سوى ذلك نقول لاجل توضيح هذا التدد والانتساع لا نقول كما قال ملبيجي
 ان ذلك ناشئ من عنصر قابل للتخمر كائن في البذرة او كما قال غيره انه من فعل
 حيوى مخصوص وانما نقول ان سبب ذلك انتفاخ الرحم الذى احداثه التلقيح
 ولم يزل محفوظا فيها بوجود البذرة فالاحتقان الذى في الرحم يستدعى افراطا
 في التغذية ومن وصول الاجزاء الجديدة اليها دائما تطول اليافها فتنبسط
 القنوات الوعائية آخذة في العظم ولا يتم ذلك الا بتساقط والعظم بدون ان تزيد
 سعة الدوائر والاقواس التى توجد في كل ليفة وكل وعاء من اوعية العضو
 فتكون سعة تجويف الرحم ناشئة ولا بد من التغذية الزائدة في جدرانها وذكر
 بعضهم ان تجويف جسم الرحم يتسع في ابتداء بنسبة اعظم من اتساع
 تجويف العنق وزيادة على ذلك انه يتسع وحده قطعة الاشهر الثلاثة الاولى

(المبحث الثانى)

(في حالة الاعضاء المتعلقة بالرحم)

التغيرات التى تحصل في الرحم بالنظر لوضعها وحجمها وثقلها قد يحصل منها
 تغيرات في الاجزاء المجاورة لها * فاولا ينخفض عنق الرحم في الاشهر الاولى
 من الحمل فيقصر المهبل ويزيد عرضه فاذا جذب الرحم به ذلك الى الاعلى
 استطال وانتهى حاله بان يصير على شكل مخروط رأسه في الفرج وبشربه
 السائلات تلين جدرانها وتكتسب عواميده المقدمة والخلفية احيانا حجما
 عظيما سيما كلما قربت الى الظاهر * وثانيا ان البوقين المحفوظين بالاربطة
 القريضة على جانبي الرحم يعظمان ويصيران اكثر احمرارا وادعية في السطح

الباطن لصيوانهما بحيث يصيران كأنهما اسفقيان * وثانياً ينخفض
المبيضان كذلك فيزيد حجمهما وتتسع او عتيمهما بل تصيرا حياناً دوائية بحيث
تتفرق فيحصل من ذلك نزيغ مهلك * ورابعاً الياف الاربطة البرومة تصيرا أكثر
وضوحاً وتقوم وتحمر بحيث تكون عند الولادة حزمتان عضليتان حقيقيتان
يكون اتصافهما في بعض الاحوال واضحاً بحيث شاهده المؤلف في ثلاث
نسوة واطهره للتلامذة مدة ككون الرحم حينئذ يتقبض ايضا الدفع المنسية
وقول بالاختصار ان انقباض اصلهما مع اصل البوقين يكون اوضح واطهر
فلا التفتات لمن يقول انهما لا يتغيران عن حالتهما

(المبحث الثالث)

(حالة البطن والاحشاء)

اولاً المثانة تصعد على المضيق العلوى وقناة البول تحتقى خلف الارتفاق
الى الماني ويقرب اتجاهها اللاحقية وفوهتها تغور تحت طرف القوس فيصير ادخال
القائما طير في النساء الحوامل اذ ذلك عسرا وقد يتفق ان المثانة المضغوطة جدا
بالرحم من اعلى قعرها اكثر من اسفله تبرز في اعلى المهبل كما شاهد ذلك المؤلف
في النصف الثاني من الحمل * وثانياً المعاء المستقيم من حيث انه محتق
من الاعلى ولا يقبل الدفع من الحجاب الحاجز يتعدى بالمادة الغليظة ويغير حالة
الجدار الخلفى للمهبل * وثالثاً الامعاء الدقاق من حيث انها ترتفع الى الاعلى
قعر الرحم ويكون جزء منها موضوعاً احياناً امامها قد يحصل فيها انضغاط
بمحيط يحدث من ذلك قوايج وفص تختلف شدته وقد يدخل جزؤها الاكثر
تحت ركفى النقعير المستقيمي المهبلى وهناك قد يحتق ويحدث من ذلك عوارض
خطرة لكن الغالب انها تدفع نحو القسم القطنى او تصعد باستقامة تتوثر
على قولون المستعرض والمعدة والكبد * ورابعاً الحجاب الحاجز من حيث انه
يندفع في الصدر فينتسج عرض قاعدته ويتقص قطره العمودى يحصل له ثقب
في حركات الانقباض * وخامساً جلد الخلقة اى البطن السفلى يرق ويغضى
يقع مبيضة وخطوط معوجة او مقوسة تقبدها الى الاسفل ويتخلل فيصير

كفما شئت حتى قارب التمزق ثم بعد الولادة يظهر كأن البطن كله مغطى
بأثر التهامية شبكية ويحصل فيه ثنن وكثيرا ما يكون كذلك أيضا جلد الفخذ
والألية في النساء القصار أو اللاتي كبرت بطونهن في الحمل * وسادسا العضلات
المستقيمة ينسج عرضها فتتقن عن سمكها وتندفع على الجوانب فتجذب معها
الشريان الشراسبي ومعرفة ذلك مهمة في العملية القيصرية * وسابعا
الصفافات تتخلل فتعظم الحلقة الأربية قليلا لكن الذي يكابد أعظم التغيرات
هو الخط الأبيض لأنه وحده هو الذي يقاوم ثقل الرحم والأحشاء فبدل
أن يكون أصبعا يكون أربعة أصابع في جزئه المتوسط ثم في نهاية الحمل لا يوجد
في محله الأهيئة خرقه رقيقة أو شبكة لينة * وثامنا السرة تنفتح قليلا وتكون
برزوارق وذلك مما يصير الفتق السري سهل الحصول وبعض النساء يكون
فيها تباعد الألياف الوزية التي على الخط المتوسط زائدا بحيث يظهر كأنها
منقوبة بفتحة واسعة معينة أو أيضا وية يقرب طرفاها للشراسبي أو العانة
كثيرا أو قليلا وفي هذه الحالة يبقى بعد الولادة في وسط البطن ورم مسطط
وشبه فتق بطني يزيد أحيانا من تكرار الولادة بحيث يسهل للرحم أن تقلب
إلى الامام أعلى المضيق العلوي

(المبحث الرابع)

(حالة الحوض)

ضغط الرحم على أوعية تقعر الحوض لا بد وأن يعب الدورة الوريدية
في الأجزاء المحيطة بها ولذا كثيرا ما يشاهد رشح في أعضاء التناسل الظاهرة
والأطراف السفلى أي الرجلين فتمتلئ تلك الأعضاء بالدوالي وتضيق مجلسا
لآلام شديدة يصح أن تنسب لانضغاط اعصاب الضفائر القطنية والعجزية
ثم أن الحوض مدة الحمل ترتفع مفاصله الصلبة المتينة بحيث ينتهي حالها
في بعض النساء بأن تضيق فيها حركة عظيمة وذلك شيء محقق الآن بالمشاهدات
وتلك الحركات قد تكون حركة تراكب أي بحيث يركب أحد العظمين على
الأخر وقد تكون بدون تراكب قالت القابلة بواخين لا يندران يشاهد بين

عظمي

عظمى العانة ستة خطوط او عاينة او عشرة بل اثني عشر ايضا والمشايدات
في ذلك كثيرة بل في بعض الحيوانات ذوات الثدي تنبأ بعد عظام الحوض زمن
الحمل بحيث يفتى حالها بان تغيب في اثناء الاجزاء الرخوة لكن لاشك ان هذا
اللين الخارج عن الحد في تلك الاحوال يسبب التهابا وتقيحا في الارتفاقات
وذلك يحصل من الوقوف والمشي المتعين المولين لبعض النساء في اواخر
الحمل فن الانصاف ان بعد تحرك الحوض من التغيرات المرضية كما ذكر ذلك
بعضهم والذي انحط عليه كلام المؤلف ان اللين الخفيف للارتفاق العاني
يحصل لجميع النساء مدة الحمل وان تحرك عظام الحوض لا يحصل الا في بعض
الاحوال ويندر ان يكون في نفسه حالة مرضية نعم حيي المفاصل التي كانت
محلاة لامراض مختلفة وان حالة الارتفاق العاني من كونه يشبه من كل وجه
مفصل فقرتين يعرف منها لاى شئ يتسلطن اللين في هذا المفصل بدرجة
اقوى عما يكون في الارتفاقات الخلفية ولذا كان الغالب ان اسطحته تكون
بعد الحمل واتقضاة اكثر تباعد اقليل منها قبل الحمل في اغلب النساء
اللاتى ولدن مرات مع ان المفاصل الخلفية لا يبقى فيها اثر من ذلك التباعد غالبا
ما لم يحصل فيما عقب الولادة التهاب مفصلي يعقبه تسوس في العظام

(الباب الرابع)
(في الاعراض السجاقية)

التنوعات المادية التي ذكرناها تؤثر على بقية الجسم فينشأ منها ما سموه
علامات عمومية للعمل وعقلية ومبهمة ومشكو كافتها وغير ذلك فما اشتهر
عند العامة وذكره سابقا بقراط وجالينوس ان الجماع الذي يحصل منه التلقيح
يكون معه لذة قوية اعظم من لذة الجماع الخالي عن ذلك وينسرب به كل من
التجاهين وان عضو الرجل على رأى ارسطاطاليس يخرج من فرج المرأة مع
رطوبة اقل مما يخرج في غيره وان السائل المتوى لا يخرج اى الخارج ثم بعد
الجماع حالا يسقط التجماعان في حالة ذبول وهبوط وحياء غير اعتيادي
ويحصل للمرأة غشيان وانغماء وقشعريرة ومغص واحساس بحركة ذودية

تذهب من الرحم وتنتشر في الحفرتين الحرفيتين والخاسرتين ويحصل
قراقر اولئك في الرحم فيستشعر كأنها مملوءة بغاز ثم في جميع البطن وقد
تكون القشعريرة عامة ومركزها البطن فهذه هي غام الاعراض التي تحصل
من التلقح ثم يعقب تلك الحالة الحمل الحقيقي فالاعين تفقد حيويتها واعانها
وتعلن بالضعف وتهبط في الجحاح والاضغان تحاط بدائرة مسودة او كالخفة
او رصاصية والانف يطول ويدق والقم يتسع بسبب تباعد زاويتي عن
بعضهما وتخطاطيط الوجه تنسحب الى الخلف ولذلك تظهر الذقن بارزة الى
الامام والوجه يصير كالحا ويغطي يقع تحت انف اتساعا وعددا ولولا فتارة تكون
شعر او تارة سحر او تارة وهو نادريضا معتمة اولينية والعنق ينتفخ ويصير مجلسا
للاحتقان والثديان يتوان وتقوى حساسيتهما وصلابتهما ويما استخرج
منهما بعض نقط مصلية مبيضة والحلمة ترتفع وتبرز والهالة تعرض وتسمر وترتد
درقة طبقتها الجلدية ويكون فيها احيانا بقع مبيضة تشبه التي في الوجه وتسمى
هذه الظاهران عند العامة بالتسكاليف والنفس قد يكون عسرا مرعاضيقا
وقد يعرض سعال يابس مستمر ولانالب كونه تشجيا والصوت يحصل في نغمته
تضير والتبض الذي يكون في الانسدأ بطيأ يكتسب نواتر اثم قوة وصلابة
ثم يصير عرضا ممتلئا وحيانا غير مستوأي يضرب وثباته في ايام مضطربا
كما في بعض المحموسين وعند الولادة يكون تشجيا ضيقا وبالجملة يظهر كأن
الشريان موثر يضرب بقوة ونواتر وسرعة والدورة تقوى فيكثر الدم وكثيرا
ما يحصل النزيف الخطر والدم الذي يخرج من الوريد بالقصد مثلا او على سبيل
العرض من بعض الاعضاء يغطي بفلالة التماسية تختلف في الثخن وحرارة
الجسم ترتفع وذلك يحمل النساء الحوامل على تحمل البرد اكثر من غيرهن
والتنفيس الغير المهسوس يكثر فيهن وتنتشر منه رائحة حمضية او مخصوصة
والبول يكثر نزوله بسبب الضغط على المثانة ويغطي بغمامة ويكثر اسببه
وجميع الافرازات تحصل بقوة فالاعاب خصوصاً يزيد بحيث يصبغ بعض
النساء بالتلعب اى سيلان الاعاب مدة اشهر والسكبد تسكدر وظائفها فالواو

فيحدث من ذلك البقع الشمسية في الوجه وبقية الجلد ويتغير الذوق والهضم
ويحصل نقص شهية وغثيان وفيه واسهال او عسر براز ثم يعقب ذلك في الغالب
فقد تام للشهية فلا تشتهي المرأة لتغذيتها الا اشياء مغرية عن الاطعمة بالكلية
او غيره قبوله للنفس كالطين والرماد والجير والنجم وتارة تشتهي اللحم العفن
والعنكبوت ونحوه من الحيوانات القذرة فتجدها لذية والغالب ان نفوس
الجنات تلم الاشياء الشحمية والغذاء الحيواني ويناسبهم الثمار والبقول
وبعضهم يطلب مع غاية الاجتهاد اشروبات الحضية ولا يهوى الا الاطعمة
المجهزة بالخل كالسلطات ونحوها

ومعظم هذه الظواهر يزول غالباً في الشهر الثالث او الرابع من الحمل وهي التي
تسمى عند الناس بالوحم ثم يعقب هذه الحالة التي هي فقد الشهية والقرف
في الاشهر الاول من الحمل شهية قوية وسهولة هضم وحسب للمشروبات
الروحية لمن اعتاد عليها ثم في الثالث الاخير من الحمل تضطرب وظائف الهضم
من جديد لان المعدة حينئذ تضيقها بالمزاج لا تقبل الا مقداراً قليلاً
من الطعام والشراب فظهر ان التغذية تكون في ابتداء الحمل قليلة ثم تتكثر
ثم تضعف وبعض النساء يكن زمن الحمل في صحة جيدة ومنهن من تهزل ويظهر
قصها كل يوم

والاخلاق النفسانية تتغير فيمن ايضا فقد لباس ثياب الحزن ويتصفن
بالمايخوليا وشراسة الاخلاق والنفرة عن الاجتماعات بعد ان كن من ذوات
الاخلاق الجيدة والفرح والابتهاج وقد يحصل العكس وبعض منهن تقوى
شبه ومن قوة خارجة عن الحد بحيث تجملهن على ارتكاب المآثم والخطايا
بعد ان كن في غاية العفة والحيانة وقد يحدث لهن في وجههن اختصار فروع
واحد من الفواكه او اللعوم او الاطعمة ولو ذهية بحيث لا تقبل ان تأكل من
غيرها وقد يظهر فيها ميل قوي لسرقة اشياء قليلة الثمن وغير محتاجة
اليها وبالجملة قد يحدث للمرأة في وجهها ما يحرم مروتها واخلاصها وصفاها
الجيدة ومنهن من يصبر عقلا انكي واحد والطف وقد تقع في سببات وبلادة

دعته وقد تقوى القوى العقلية كالأوبعضا فتدقوى المحافظة وحدها
 أو الرغبة في الفنون والعلوم والقوة الحافظة والتعقل بحيث تصل المرأة مدة
 الحمل إلى درجة نامية في الأعمال العقلية التي لم تنفع سابقا بدراستها وقد يفقد
 العقل بالكاية ويخلفه جنون تام ويكون ذلك في زمن معين من كل حمل ومنه
 من لا يسكن خلل عقلها إلا في مدة الحمل ويقال إن منهن من شوهد كونها
 في حالة ~~ك~~ كهر بانية بحيث كان يظهر آثار ذلك في شعرها لكن ذلك نادر
 مستغرب وإن وجد كان في غاية الندرة

وقد يعرض بعض الأمراض في مدة الحمل أو يزول فتارة يعرض وجع
 في الأسنان بدون تغير فيها ويتجدد في كل حمل وتارة ألم عصبى في العصب فوق
 الحاجب أو تحتة أو في العصب الوجهى أو غير ذلك أو ورشة أو تشنجات أو حركات
 استبرية أو صرعية وتارة عدل كثير التقدم بهقمر مدة الحمل أو يبدل بصحة جيدة
 وتارة تعرض التهابات بطيئة في الصدر أو القناة الهضمية أو آفات عضوية
 أو ثقبلة أو عقيقة ونقول أيضا من المحقق أن بعض الأمراض يحصل فيه بالحمل
 تنوع جيد بحيث يذهب ولا يرجع ومن المحقق أيضا أن بعضها يسير في مدة
 الحمل بسرعة موهلة حتى يفقد حياة الحامل

(الفصل الخامس)

(في علامات الحمل)

(المبحث الأول)

(في العلامات العقلية)

قد ذكرنا الظاهرات التشريحية والسمجانية التي تحصل من الحمل وكثرة
 عدد السمجانية تصير الحكم بمقتضاها عسرا فان بعضها بل كلها قد يوجد بدون
 حمل وقد يوجد الحمل بدونها كيف يعول في ذلك على الظاهرات التي تنسب
 للاحاساسات التي تحصل للمرأة وقت الجماع أو بعده قليل سيما وجميع النساء
 يسهل عليهن ظن ما يشتهينه ويختين باختيارهن في انهن من ما يختن منه
 فيظهن أنه حصل لهن أول يحصل عرض كذا أو كذا على حسب ما يريدونه

من الحمل او عدمه ثم كيف يعرف مع وجود الاضطرابات والانحرافات
 في عقولهن ما ينسب لهن من الاعراض بحيث يميز عن ما يكون منسوباً لفساد
 اخلاقهن او يكون نتيجة مرض حقيقي نعم قد يستفيد الطبيب الماهر في كثير
 من الاحوال اذا امعن النظر مقدار اعطيا من العلامات العقلية ليحكم
 بمقتضاها فمثلاً اذا ظهر تغير الوجه بسرعة في امرأة لم يسبق لها ذلك وكانت
 من الحضرة ولم تعرض نفسها للشمس حارة فان ذلك يكون علامة قريبة للعقل
 على الحمل ومثل ذلك ايضا يقال في الدوائر البنفسيكية حول الاجفان
 وفي عظم الثديين وحاسيتهما اذا لم يكن ذلك حاصلًا من حدوث الحيض
 وفي الغنيان والتعب وانحرام الوظائف الهضمية وتغير الشهوات والشهية
 اذ يمكن ذلك نتيجة غيبوبة مرضية لسيلان الطمث واما راحة الجلد
 وتنقيسه وحرارته الزائدة وحالة النبض والبول وتلون الحلمة وهالتهما واتساع
 الرقبة وتغير فحاطيط الوجه ونحو ذلك فانها وقتية وتختلف في الوجود
 وتتعلق باسباب اخرى كثيرة فلا يعول عليها وكذا لا يعول على ما ذكره بعضهم
 من ان وجع القدم علامة أكيدة للحمل تستحق الاعتبار اكثر من حالة
 النبض مثلاً وبالجملة فالعلامات العقلية اذا وجدت جملة منها كفت غالباً
 لظن وجود الحمل لا يتيقنه بحيث يحكم بمقتضياته في مجالس الاحكام
 حتى وان صعبا انقطاع الطمث الدوري

حالة الحيض * هذه الظاهرة اعني انقطاع الحيض عند النساء اللاتي لم يخشين
 من ظمور جلهن لها اعتباراً واتباء عظيم فانها هي العلامة التي توجد دائماً
 عندهم للحبل بل قد توجد وحدها فقط لكن من حيث انها قد تكون سبباً
 او نتيجة لكثير من الافات الغير المتعلقة بالحمل يكون التعويل عليها ضعيفاً عند
 الطبيب المولد فاذا عرض ذلك الانقطاع دفعة واحدة لامرأة معتادة على
 ان تحيض بانتظام بدون ان يسبقه عارض آخر او مرض ينسب له جازان يكون
 ذلك علامة قريبة للتحقيق اما في عكس ذلك فيضعف الوثوق به الا لما هو عارض
 ثم كثيراً ما يحصل الحمل قبل اول اندفاع للحيض فلا اهتمام بهذه الظاهرة اذ من

المعلوم ان المرأة التي انقطع حيضها منذ مدة سواء كان ذلك بسبب مرض او مجرد التقدم في السن قد تحمل وان بعض النساء لا يحضن الا مدة الحمل وانه شوهه بقاء ادوار الحيض بعد العلق بكثرة في بعض السنين
عظم البطن * نمو البطن في امرأة زمن علوقها يكن في العادة عند العامة لظن كونها حاملا اما عند الاطباء فلا اذ قد يحصل من امراض كثيرة فبالنظر لذلك يكون مثل انقطاع الحيض نعم هو يتبع في الغالب سيرا يكون به علامة مهمة جدا تفيد وجودها في كثير من الاحوال وجود الحمل وذلك لان البطن في الغالب يعظم وينتفخ ببطئ في الاسابيع الاول التسالية للعلوق ثم ينخسف ويهبط في ابتداء الشهر الثاني ثم ينمو من جديد بانتظام الى وقت الوضع والحمل الذي يبرز منه اولا يكون على الخط المتوسط في الجزء السفلي من الختلة واما السرة فيظهر انما تغور وتهبط اسفل عن موضعها الطبيعي واما الاقسام الحرقمية فيظهر انه يحصل فيها تقعر لا يبرز بالنسبة للختلة الى الشهر الرابع ثم ان السرة في آخر الشهر الثالث تقرب لمحاذاة الجلد ثم تلبث قليلا حتى تبرز عنه فتصير حلة بارزة في بعض النساء طولها من قيراط الى قيراطين مدة الشهر الخامس والسادس والسابع وبالجملة فالصفة الخاصة بطن الحبل هي انه ينمو من الاسفل الى الاعلى ويبقى ايضا زناطويا لا مفرطها من الجوانب مع ان جرمه المتوسط نمى من قبل نمو اعظما وسرجه لذلك عند ما تكلم على الوسائل التي يتميز بها الحمل الصادق عن غيره من الافات التي تلبس به

(المبحث الثاني)

(في العلامات المحسوسة اي الطبيعية)

العلامات الحسية للعمل تال بواسطة الجس والبحث البطني والاستماع وكلها تؤخذ من التغيرات المادية التي تحصل في الرحم

(المطلب الاول)

(في الجس)

الجس في علم الولادة هو ادخال اصبع او اصابع في المهبل لمعرفة امراض القرح

والله اعلم

اوالمهبل او الرحم اوالمثانة اوالمستقيم اوعضو آخر من الاعضاء المنحصرة
 في تجويف الحوض اوالتأكيد جودة الحيض اوردائه اوطبيعة ضيقه ونوعه
 ودرجته اوالمعرفة التنوعات الحاصلة في عجم العنق وقوامه ووضع وطوله
 وحرارته او في ثقل الرحم وسعتها وموضعها واقطارها مدة الحمل قال المؤلف
 فالاحسن في تعريفه عندي ان يقال هو البحث من اعضاء تناسل المرأة
 وحوضها بواسطة الاصبع واليد الموجهة للفرج اوالمهبل اوالشرج اوالبطن
 فالجس هو الدليل الذي تقول عليه القابلة ولا التفات لمن شذ ومنع استعماله
 فكما يستعمل اتعيين الحمل يعرف به ايضا نوعه وصفه وربما كان
 هو المخصوص وحده بتدقيق هل هنالك حمل ام لا وهل هذا الطلق للولادة ام لا
 وهل قرب الجنين للخروج ام لا وهل اسعاف الصناعة لازم اوغير نافع
 ثم ان الجنس انواع سنذكرها على الاثر

(النوع الاول)

(الجنس المهبل المسمى بالجنس حقيقة)

وضع المرأة اذا كانت المرأة مصابة باستسقاء بطني اوصدرى اوربو اوآفة
 عضوية في القلب اوالاوعية الغليظة اوكان تنفسها عسرا ينبغي ان تجلس
 وهي قائمة حذر من التعب بل والخطر الذي يحصل لها لو وضعت وضعا افقيا
 فان كانت ضعيفة او يخاف عليها حصول انغماء اونزيف او تشنجات او كانت
 رحمها منخرقة جدا الى الامام اوكان عنق الرحم مائلا الى الخلف بسبب ما
 فالاولى ان تكون مستلقية فان حصل نهش في الجنس او لم يزل الشك بالكيفية
 لزم ان تبحث بكلالوضعيين على التعاقب ويلزم في الوضع ان تكون العضلات
 مسترخية فاذا اريد جعلها مستلقية لزم ان تنفي ساقيها ووركها نصف اذناء
 وكذا راسها وصدورها فرفعهما قليلا بوضعهما على وسادة فاذا اريد جساها
 قائمة لزم ان تستند الى حائط اوغيره من الاجسام الصلبة وتفرق رجليها
 وتنهيما قليلا ومع ذلك تميل الرأس والصدر قليلا الى الامام ولاجل منع
 الارتباك الذي يحصل في مثل هذا الوضع لا باس ان تستند بمرقعيها او يديها

على ذراعى شخص او على حافة دكة او طاولة او خزانة او نحو ذلك * وقبل
العملية تدهن الاصبع بجسم رقيق او زيت الكسكتان او الزيتون او اللوز
او بالزبد او بالمرهم الابيض او بلال البيض او بأى جسم كان بشرط ان يكون
دهنا وغير مهيج وذلك ليسهل دخولها فى المهبل ويمنع اكتساب الامراض
المعدية كالداء الزهري والحرب وليمعلم ان اليد اليسرى للجس اسهل من اليمنى
فان جربنا على ما قال بعضهم من ان ادخال اصبعين احسن من اصبع واحدة
فى معرفة الشكل والهيئات الطبيعية لجسم الرحم تقول كما قال استين
الاحسن استعمال السبابة والوسطى غير ان استعمال الاصبعين غير مقبول
بمراسنا الا فى بعض احوال نادرة لان الاحساس الذى يحصل للسبابة
اذا كانت وحدها اقوى مما يحصل لها اذا كانت مع الوسطى لكن يستثنى حالة
الطلق فانه لا يمنع فيه ادخال اليد كما فى المهبل ثم ان هذه الاصبع عند دخولها
يجوز ان تمد وتبعد عن اخواتها وتبقى بقية الاصابع بحيث يكون الايهام مخفيا
فى الراحة وكل من الكيفية يتبين مستعمل بدون فرق لكن الكيفية الاولى
لا تناسب النساء اللواتى اعضاء تناسلهن الظاهرة منتفخة او شديدة الحساسية
او ملتهبة او مؤلمة واما الثانية فتستعمل فى جميع الاحوال وبذلك تكون افضل
وايس من اللازم تعرية المرأة عند العملية فان كانت نائمة وقفت القابلة على
جانب السرير اى على يمينها ان حيث باليمنى وعلى يسارها ان حبت باليسرى
وادخلت يدها من تحت الغطاء ومرت بها من تحت المابض المهادى لها حتى
تذهب القريج فان كانت واقفة وضعت القابلة نفسها امامها وجئت بركة
من ركبتيها على الارض والاولى ان تكون المهادية لليد ليرتكز من فقها عليها
فتكون الحركات ايسر وامكن ثم اذا هيئت الاصبع كما قلنا توجه حافتها
الكهربية نحو طرف القوس العالى فيذهب بها اولا على العجان اى الى الحزبة الخلقى
للقرج ثم من الخلف الى الامام لتتلاق بين الشفرين الكبيرين حتى تجد فوهة
المهبل فتدخل فيها تابعة محور المضيق العجانى اى السفلى او متجهة من اسفل
الى اعلى كما نريد ان تذهب الى الزاوية العجزية الفقرية

وقبل ان يقتش على العنق لايأس ان يبحث عن حالة المستقيم وقعر المثانة
والعواميد المستطيلة من المهبل وهيئة تكون المضيقين وتقعير الحوض
ثم بعد ذلك يبحث عن بوزطنشيا فيعرف سمك وطول شفتيه وتحدباتهما
وتقاعيرهما او شقوقهما وحالتهما المنتظمة او الغير المنتظمة وشكل فوهته
واتجاهه ثم يجتهد في تحديد طول عنق الرحم وحجم الرحم وترفع ليعرف ثقلها
فهذه الاحتراسات يمكن غالبا في اواخر الشهر الثالث اذا كانت المرأة بفحيفة
وجدران البطن مسترخية ان تمسك الرحم من عنقه وقعرها في آن واحد
وتنزل الى الخلف او الى الجانب فتعرف مركاتها ويتحقق شكلها وحجمها ويقاس
بالضبط طولها وقلتها وهل حالتها طبيعية اولا وهل الجسم المالى لها سائل
او غير سائل وينبغي لجودة الحكم بالجل ان تجس المرأة مرة او مرات قبل ظن
الجل وقليل من يفعل ذلك

ثم ان بقراط وغيره من قدماء القسيولوجيين ذهبوا الى ان الفوهة المهبلية
للرحم تقفل بعد التلقيح حالا لمنع خروج البذرة وقيل ان العنق يصير
في الشهرين الاولين احد ما كان قبل التلقيح ويتخذ شكل مخروط قاعدته
ملتصقة الى الاعلى لكن ليس هذا التغير عام الحصول بل قد تتعسر معرفته
ووجدانه بعد الحمل الاول وذهب استين الى ان الشفة الخلفية في الاشهر الاول
تطول حتى تساوى الشفة المقدمة مع انها كانت قصيرة عنها بالطبيعة وان شق
بوزطنشيا يتحول الى فتحة مستديرة ويتولد في الوجه العائى للقوس السفلى
من دائرة الرحم هيئة ورم رخو يختلف بروزه فهذه التغيرات ~~في~~ في غالبا
لتحقق الحمل انتهى لكن كثيرا ما يوجد الشكل المستدير للفوهة السفلى
من العنق في النساء الغير السملن اللاتي ولدن ولدا او اولاد ابل وفي البنات
الصغار ايضا وكذا شوهد طول الشفة الخلفية ~~في~~ المقدمة بل اطول منها
واما البروز الذي ذكره فقال المؤلف انه يحس احيانا اعلى المهبل وامام الشفة
المقدمة بورم رخو عريض منتظم قليل المرونة غير انى وجدت ذلك في جميع
ازمنة الحمل ناشئا ولا بد من المثانة التي قعرها ضاغط على جدار المهبل الهادى

لها ولا اجزم بنفي وجود ذلك غالباً خارج زمن الحمل

(النوع الثاني)

(في الجس الشرجي)

قد اهل الجس من المستقيم هنا بل وفي الجراحة كلها وهو يفيد على الاطلاق معرفة تقل الرحم وثباتها ودرجة انحرافها وحساسيتها وحجمها وكثافتها في الثلث الاول من زمن الحمل فاذا ادخل الاصبع مع ذلك ايضا في المهبل عرفت حالة الخاجر المستقيمي المهبل وكذا طول العنق وحجمه لكن ذلك قد لا يسلم من الخطا العظيم لان الاصبع عند ادخالها في الفرج ترتكز على طرف القوس الغالي فتصل بسرعة الى بوزطنشيا ويكون اتجاهاهما على محور المضيق السفلي واما في ادخالها في الشرج فيلتزم الشخص ان يجعلها بعيدة عن العانة ويحنيها نحو محور المضيق العلوي او يقع بها الجدار الخلفي للحوض ولما كان العنق حينئذ اكثر ارتفاعا مما يظن واكثر انقذافا الى الخلف كان كثير ما تغش فيه الاصبع فتظنه وربما في القسم الخلفي للرحم او تظنه انقلابا او مضا آخر مع انه لم يوجد اثر لذلك اصلا

وبعد ذلك فالجس من المهبل او الشرج الى غاية شهرين او ثلاثة لا يحقق تحقيقا تاما وجود الحمل ولا عدم وجوده فهو مثل العلامات العقلية في ذلك وانما يفيد في ذلك الزمن احيانا تشخيصا قريبا للعقل لاتاكيدا اصلا فهو في نفس الامر مستند ضعيف لا ينبغي ان تعرض له النساء بدون التعقلات القوية لكن اذا لم يؤكد المحرب بمساعدته وجود جنين في الرحم فاقله ان يعرف زيادة حجم هذا العضو فعليه بعد ذلك ان يميز الحمل الحقيقي عن الامراض التي تشبه به احيانا واما تأكيد الحمل فلا يكون الا بالعلامات الاتمية كالهزة وحركات الجنين

(النوع الثالث)

(في البحث البطني)

ينبغي ان يضم البحث في البطن اليه فانه مفيد وان كان قد انتهى من زمن

طويل في زوايا الالهال وهو يعمل بكيفيتين احدهما ان توضع يد على الخلة
والاخرى تبث في حالة الاعضاء الحوضية من المضيق العجافى اى السفلى
وثانيتهما ان توضع اليدان معا على البطن بدون عمامة اعضاء التناسل
الظاهرة والعادة ان هذه الكيفية لاتنفع في الابعد الشهر الرابع من الحمل
واما الاولى فتستعمل في جميع ازمدة الحمل وبواسطتها تفعل الهزة وتعرف
الحركات الذاتية للجنين ونقول بالاختصار لا يمكن ان يفرض من البحث البطنى
المع حول جيدا اذنى تغير في الرحم وما يتعلق بها

ثم اذا اريد عمل هذا البحث ينبغي ان تستلقى المرأة بدون حركة فان اريد تحقيق
الهزة او حركة الجنين - ومحاها في بعض الاحوال في ان تبقى واقفة ليأتى الجنين
بتقلبه نحو العنق لاجهة القطن ولذا استلقت فلتثن ساقيها وتغذيها وبالجمل
يكون وضعها كحالة ادخال العنق ومما يسهل العملية ان تكون المرأة خاوية
البطن اى لم تأكل شيئا وان يكون المستقيم والمثانة فارغين من المواد فاذا اريد
البحث بالكيفية الاولى توضع السبابة اولا في المهبل وتوجه الى الاعلى حسب
الامكان وخلف بوزطنشيا كأنهم اترجع الرحم الى الاعلى وتذهب بها الى اعلى
العانة ثم باليد الاخرى الموضوعة على الخلة يضغط ببطء لكن بقوة على
جدران البطن من اعلى الى اسفل ومن الامام الى الخلف فبذلك لا يدان تمسك
الرحم من محالين متضادين حتى في حالة الفراغ واقل فعل يحصل من اليد
الموضوعة من الظاهر تحس به اليد الاخرى وبالعكس وكما يميز ذلك طول الرحم
بميزا ايضا بقية اقطارها وتحدد بانها وشكلها المستدير وحركتها وانتهائها
وطبيعة ما تحتوى عليه لكن لا ينال بذلك نتائج قيمة الا بمراتب الاحتراف
المهمة التى سنذكرها على الاثر

اولا اذا اريد تعيين طول الرحم يلزم ان الاصبع المستند عليها العنق من حيث
ان سطعها الرأى شاخص الى الامام ومنه نرى قليلا ترفع الرحم بحيث تبسج
محور المضيق العلوى * نانيا عكس ذلك اذا اريد جسها من وجهها وحافتها
فيجهد في قارب الرحم للعانة خوفا من تمرجها فتقلب * ثالثا في الحالة

الاولى يد الخلة الموضوعة اعلى ارتفاق العانة بقيراط تكبس ايضا على اتجاه
محور المضيق العلوى لكن من اعلى الى اسفل * وابعاً في الحالة الثانية
يلزم ان تبقى اليد قريبة جداً للعظام حتى ان اطراف الاصابع تتمكن من الاتجاه
اما الى الخلف نحو الوجه المقدم للعجز واما الى الاسفل جداً كما نريد الفرج
نافذة من التقعر * خامساً ينبغي في كل كيفية بعد ان يقع التأثير على الخط
المتوسط ان يفعل مثله في كل جانب فينبع بذلك جميع دائرة المضيق * سادساً
يمكن بهذا العمل ان ينتهى حال اليدين بلاقية مامع الان جدار الحوض
من الامام انما هو قيراط ونصف ونهايته من الجوانب ثلاثة واما اليد فتدّصل
بالضغط على البطن الى داخل التقعر تحت سطح المضيق * سابعاً في المرأة
التامة يمكن بالضغط البطنى الوصول بواسطة الخلة الى قرب ثلثي الحوض
تحت التواء العاني حتى لا يفرش من البحث باليدين منضمين

وهذا كله صحيح بحيث اذا ارتلقت السبابة من المهبل على محال مختلفة
من النصف المقدم للحوض وصلت بسهولة الى اعلى المضيق اولى محاذاته
بحيث يمكن احساس اليد الاخرى بهامع التميز سواء كانت موضوعة
في محاذ العانة او على الحافة الانسية للفتحة الحرقمية فلذلك يندران
بفر من هذا البحث احتقان بسيط في المبيضين والبوقين او ثنى من قواع
الرحم بل كذلك العقد اللينفاوية والحصوات الصغيرة

ثم ان الجنس البطنى له هيئات كثيرة فاذا امرت المرأة بفعل شهيق عميق مدة
كون اليد مبسوطة بين العانة والسرة يميز الرحم بسبب ثبته في مركز التقعر
او الخلة فيمكن يادى كبس جميع عمق الحفر الحرقمية والوصول بلا عسر
الى الزاوية العجزية الفقرية وجميع الجزء البطنى من السلسلة فمن المستحيل
ان لا تلاقى الرحم في المضيق او اعلا ما اذا اكتسبت بعض نموقى الا شهر الثلاثة
او الاربعه الاول تكون على هيئة ورم صلب مستدير اقرب للثتو البارز منها
للعانة واحياناً تكون على الخط المتوسط وغالباً على جانبه قليلاً وذلك عكس
ملحظه اليد التي تبحث عنها فانه كلما تقدم الحمل يرى انها اكتسبت شيئاً فشيئاً

هيئة كيس ويدل ان تكون كـ: له صلبة كما هو في الواقع تكون جسمانيه مرونة يلتقي بين السرة والعانة او نحو حفرة من الحفرتين الحرقيتين وثمين عن غيرهما من الاحشاء بتعديدها المستدير وانتظامها وشكلها البيضاوي وتوترها ولا تتميز عن كيس المبيض الا بواسطة محلها وشكلها والجنين والضغط مباشرة الى الخلف اولا يبدوا واحدة ثم باليدين معا يوصل لمعرفة بعض نتوات من الجنين الذي يدرك حتى حجمه بعد الشهر الخامس وعند فعل ذلك الضغط يرفع من تحت اليد احيانا او يفعل حركات واضحة بحيث يستشعر بها

فتتج من جميع ماذ كرنا ان البحث البطني واسطة نافعة جدا لتأكيد وجود الحمل وربما قام مقام الحس الباطني غير انه قد لا يمكن استعماله كما اذا كانت الجدوان البطنية نحيبة في النساء السمان وكثيفة اوفيهما مقاومة اقوية العضلية في الاقوياء من النساء فان ذلك يبطل نتائج الضغط وبما يصير العملية عسرة ايضا قابلية التهيج في جزء من البطن او فيها او مرض آخر مع تغير عضوي في بعض الاحشاء او كية عظيمة من ماء مع صغر الجنين في رحم رقيق

(النوع الرابع)

(في الهزة والحركات الذاتية للجنين)

ولاجل ازالة الهزة بعد ادخال السبابة تحت عنق الرحم يوضع طرف اصابع اليد الاخرى على قعر الرحم من فوق جذران البطن ويضغط بها مع الاتباه لتبعد الاحشاء والشحم فتسلك الرحم اذن باضبط ما يمكن من طرفي قطرها العظيم ثم يطبع فيها فجأة حركة ارتفاعة بالاصبع الموضوعة في المهبل لتحس اليد الموضوعة على الختلة بالاهتزاز الحاصل في الجنين فن حيث انه متحرك ساقب صلب في اثناء السائل الامنيوسي يأتي ويقرعه الحمل المقابل للمحل الذي دفع منه فاذا لم تحس اليد الخارجة بالهزة يصرف الاهتزاز الى اليد المستندة على عنق الرحم فاذا لم ينبج العمل الاول كرر مرات كثيرة بان يدفع بيد او بالايخرى على التعاقب مع الاحتراسات المناسبة حتى لاتتألم المرأة ومن حيث ان الجنين متى ارتفع عن محله لزم سقوطه الى اسفل يلزم ان تقف الاصبع

التي دفعته في محلها تحس بالحركة فيحصل هنا ما ذكر في الطبيعة في انتقال الحركة لكن لاجل انالة هذه النتيجة يلزم ان يكون الجنين اكتسب حجمه متناسبا وان ماء الامنيوس يكون كافيا وان الرحم وجدران البطن لا تكون سميكة وان العملية تكون مع غاية اللطف والمهارة التي لا تكتسب الا بممارسة الاعمال فاذا حصلت الهزة حصل الجزم بالجل لكن ينبغي الاحتراس من ان ياتبس ذلك بوج سائل او غيره ثم ان الهزة انما يؤخذ منها نتيجة مهمة في الشهر الرابع الى السادس ويندرادراكها قبل آخر الثالث وفي الثلث الاخير من الحمل وفي الحقيقة لا يحتاج للهزة حينئذ اذ حالة المرأة تحقق حبيلها ثم ان الهزة انما تطبع في الجنين حركة قسرية تحصل فيه سواء كان حيا او ميتا نظير ما يحصل من بوليبيوس او من كتله اخرى صلبة عظيمة الحجم سائبة متحركة في الرحم المملوءة بسائل ما واما التي تفيد حقيقة حياة الجنين فهي الحركات الخاصة الذاتية

(النوع الخامس)

(الحركات الذاتية للجنين)

لا يتحرك الجنين حركات ذاتية الا اذا اكتسب مجموعته العضلي مقدارا كافيا من النمو ويلزم ان تكون تلك الحركات في الابداء ضعيفة بحيث ان المرأة لا تدرکها الا في الشهر الرابع ففي الاول تحس بها كدب ارجل العنكبوت ثم بعد ذلك يقوى احساسها بما على حسب شدة قوة الجنين وزمن الحمل والصحة الجيدة او الرديئة للام والغالب ان اقوة تأخذ في الزيادة الى الولادة وحيانا تزيد مدة شهر او شهرين ثم تضعف في السادس والسابع ثم تقوى شدة نحو او اخر الحمل وقد شاهد ديزرموس انقطاعها بالكلية في آخر الخامس ومع ذلك ولد الجنين في الوقت الاعتيادي قويا جيدا والصحة وحيانا اخر لا تظهر تلك الحركات ابدا كما هو هذا ذلك وولدت الاطفال بصحة جيدة هذا وقد ظن ان الامتلاء والتعب والتلبك في سير سائلات الطفل او الام جميع ذلك يصير الحركات ابطأ وانتقل واخفى واكثر انهما ما وان الرياضة المطلقة المنتظمة

اكل الوظائف والسرور والانبساط للام والقوة المعتدلة للطفل تعطى
الحركات قوة وحيوية فالنساء اللطفاء الارقاء العصبيات القابلات للتمج
تخص بالحركات في زمن اقرب للابتداء وتكون فيهم اقوى من غيرهم
ممن يتصف بضد صفاتهم فمن الاول من استشعر بالحركات في الثالث حسبا لخبر
لكن اظن ان هذا غير ممكن لان العضلات حينئذ اكثر هاديق واما الثواني
فانهم لا يحسونها الا في آخر اربع حركات الجنين ولو واضحة قوية لا يلزم
ان تكون بحيث ترفع جدران البطن رفعا محسوسا كما يشاهد ذلك كثيرا بحيث
لا تشبه على المرأة بحركات من طبيعة اخرى فان كانت الحركات ضعيفة
لم يندران بشاهد في محل ظهورها احساسات غير متعلقة بذلك اصلا بحيث
ان القابلة الحازمة لا تحكم بوجودها بدون ان تؤكد بانفسها وكثيرا ما يكتفى
لاجل ذلك ان توضع اليد باردة عمارة على البطن ويصح ان تدلك تلك اليد قبل
ذلك بروح النبيذ او ماء الكلونيا او الاتير ونحو ذلك او تنغمس في الماء البارد
او المحض او التوشادري فيحدث من هذا الوضع في حرارة الخشلة احساس
بخافي يؤثر على الجنين ويلزمه بان يتحرك حركات شبيهة بالحركات التشخيصية
فاذا لم تنجح هذه الوسائط البسيطة توضع راحة كف على جانب من البطن
ويقرع باليد الاخرى على الجانب المقابل مثل ما اذا اريد معرفة وجود
استسقاء فينجأ الجنين بسبب ذلك ويفعل حركات لا بد منها وهذا شبيه بالهزة
الحقيقية مع انه احسن منها اذ لا يحتاج معه لوضع الاصبع في الفرج
غير ان عيبه انه لا يعمل بمنفعة الا في الشهر الخامس والسادس

(المطلب الثالث)

(في الاستماع)

اذ لم تنجح عملية الحس ولا الهزة ولم يحس بحركات الجنين الذاتية ولا القسرية
ولم يقدر البحث البطني شيئا يستعمل الاستماع فانه ربما كان نافعا وذلك
انه لما اثبت الطبيب لا يترك انه يصح ان يعرف بواسطة الاذن ما حصل
في الصدر لزم ان يغلب على الظن ان الاستماع يصح ان يستعمل ايضا لمعرفة

امراض او تغيرات وظيفة حصلت في اجزاء اخر من الجسم غير الصدر فلذلك
جرم بعضهم بان السماع المسمى بالمستقصية الصدرية يعرف منه الحمل ايضا
فيسمع في الرحم من المرأة الحاملة لفظان احدهما يشبه لفظ التنفس الضعيف
وان كان اخوى منه واقصر ويسمى باللفظ المشيبي او النفخي والاخر يشبه
ما يسمع من ضربات ساعة محاطة بخرق كثيرة وهو اللفظ الطقي

الاول اللفظ النفخي * هو وفاق لضربات شرايين الام ومشابه من معظم
الوجوه للضربة التي تنبع من الانقباضات العضلية والقروغ القليلة
الشرايية المحصورة حصر تشنجيا والمضغوطة بورم من الخارج ومن القلب
ايضا في بعض الاحوال المرضية للغير المعروفة الى الآن معرفة نامة وقد يشبه
ايضا بلفظ سلك غليظ معدني مهتز او بخرة صغيرة اورينية في الصدر
او خرة ورم اتصالي وظن بعضهم انه يصحاذي محل اندغام المشية وينتج
من مرور الدم من الرحم لاوعية الجنين او يقال انه ناتج من الدورة الرجية
او المشمية ويلزم في كثير من الاحوال ان تكون الاذن السامعة كثيرة
المحارسة حتى تسمعه وهذا هو السبب في انكار كثير من اطباءه واخترع
بودلول وغيره آله سموها السماع الرحمي فيوضع احد طرفيها مباشرة على العنق
من طريق المهبل والطرف الاخر على اذن السامع ليسمع جيدا هذا اللفظ
قال المؤلف هذا تخيل منهم لا فائدة في مناقشته فالاآت لا تجدي في ذلك فاعا
زائد او كثيرا ما اجتمعت في سماع هذا اللفظ من كثير من النساء فلم يقد ثم سمعته
مع غاية التمييز في نساء اخر وكان في بعضهن قويا جدا حتى اسمعته لكبير
من تلامذة الطب ومن النساء اقوا بل وما تيسر لي سماعه الا في النصف الثاني
من الحمل وان كان بعضهم ادعى سماعه في اواخر الثالث بل وفي الاسبوع
العاشر والحادي عشر ويظهر لي انه لا ينسب للدورة الرجية المشمية اى لا يمكن
ان يكون مرور الدم من الرحم للمشية سببها لانه لم يكن هنالك دورة واصلة
اى بين الام والجنين فان كانت بين البذرة والرحم فهي شعريه كما مستعرفه
عندما تنسكلم على الدورة في الجنين فالاوعية التي زعموها سببها ومسماة

بالرحمة المشيئة او المنجية الرحمة او المشيئة الخيرية لا وجود لها لان بعض
 من زعم ذلك ذكر في بعض مشاهداته ان هذا اللفظ يني مسجوعا بعد موت
 الجنين بعارض من العوارض وبعضهم ادعى انه سمعه بعد الولادة باربع واربعين
 ساعة بل زعم البعض انه يسمع بدون حمل وحيث ان لا يصح نسبته لادوية
 المشيئة وابت كثير من المشاهدين انه اقطع منه سماعه وقت انفصال الجنين
 من الرحم * ولما لم يصح لهم وجود سببه في الاعوية التي زعموها اضطروا
 لان يقتضوا عليه في اوعية الحوض فقالوا ان انضغاط الشرايين هو السبب
 الوحيد له وقول لهم ان هم الرحم لا يمنع سماع ذلك فلا شيء لم يسمع
 الا في الشهر الرابع ولا يسمع قبله في الثالث * لا يمكن ان الاستيعاب مكتوب
 اى المسامع الرحي اذا ارتكز على البطن يلزم للرحم بان يضغط زيادة اما على
 الشرايين الحرقفية او على الاورطي وكما تقدم الحمل قوى الضغط على الاجزاء
 المجاورة للرحم واذا اريد ازالة بعض هذه التعسرات فختار ان يجلس اللغظ
 النفعي تارة يكون في القنوات الوعائية للعوض وتارة في القنوات التي تجتاز
 جذرا ان الرحم نفسها ولما تحقق المسألة تحقيقا واضحا فلم يوقف عليه
 الى الان والله الفتاح

*** (اشافي اللغظ القلبي) ***

الضربات المزوجة المسماة باللغظ القلبي لا تشبه بغيرها فانه يسمع في الدقيقة
 الواحدة من مائة وعشرين الى مائة وخمسين بخلاف نبض الام فانه يضرب
 من ستين الى ثمانين في تلك اللحظة ويكون اقوى كلما كان الجنين اكثر نمو
 ولا يدرك هذا اللغظ الا بعد الرابع وشدته يختلف من احوال كثيرة يعسر
 بيانها ولا يحسن سماعه الا اذا كان قسم من تجويف الصدر من الطفل مجاور
 الاجزاء من النصف المقدم من الرحم

ثم ان القوس الامامي للجنين ومجاورة القلب للسلسلة الفقرية يفي بان ان الظاهر
 هو الجزء الاحسن وضوحا لنقل الضربات المزوجة لاذن السامع واحسن
 ما يسمع واغلبه يكون فيما بين القوس الفخذي اليمين واليسار او السرة فعلم من

ذلك كله ان موضع السماع يتغير اذا غير الجنين موضعه وانه لاجل تحقق عدم وجوده ينبغي ان يبحث طوراً فطوراً في الخثلة والخاصرة وفي محال مختلفة من محيط الحوض

ولاجل تحصيل الاستماع تفجع المرأة واذا كان الحمل متقدماً صحت ان تبقى واقفة واما آلة الاستماع فاحياناً تكفي الابدان وتكون النجج من المستقصية لمن لم يعتد على استعمالها من ثباته لا يسهل وضعها الا على مقدم البطن ولغط ملابس المرأة التي من غير النافع تعزيتهم مدة العملية قد يغش به في طبيعة اللفظ المراد سماعه واما الاستئنفوس كروب اى السماع فيسمع منه لفظ اشد ويمكن استعمالها في جميع ازمدة الحمل وعلى جميع المحال التي يظهر ان ظهر الجنين انقلب نحوها ولا بد ان يزال منها القمع فبعد ان يحس بالرحم توضع الآلة اولا على يسار الخثلة ثم على يمينها ثم في وسطها وتوضع ايضا على القطن وعلى الوجه الخلفي للعجز وعلى الغرقين الجرقين وامام العانة وعلى التقاوير المقدمة للحوض الكبير

فاللفظ القلبي علامة حقيقية للعمل ولحياة الجنين وقوته تدل عموماً على قوة الجنين وسلامة صحته وربما استعين به ايضا على معرفة ما يعرض من الاوقات عند طلق الولادة او عند الاضطراب لعمل عملية ثقيلة ووجوده في محلين متقابلين من البطن يؤكد ان الرحم يحتوي على جنينين فاذا وجد في امرأة رحمها قلب له الاتساع تحقق انه يوجد فيها حمل خارج عن الرحم واما عدم وجود هذا اللفظ وكذا الحركات الذاتية او القسرية للجنين فليست دليلاً قاطعاً على عدم وجود الحمل او حياة الطفل واستنتج الحكيم هول من تجربته ومشاهداته غير ذلك مما يعسر تحقيقه من المشاهدات الآن ولند كر شيئاً منها مما يعلق على حسب رأيه بتشخيص الحمل فنقول بالعلامات المأخوذة من الاستماع على رأيه ثلاثة اولها التوجع مع انه يعسر ادراكه والا هم منه ادراك المشجة بالقرع وثانيها النفع وثالثها ضربات الجنين في الحمل المضاعف يسمع لفظ مشجي كثير القوة والسعة مع رنين متوسط وبسعى ذلك اللفظ

من جانب الى آخر فاذا كان هناك مشيتان يسمع لفظان نعم قد تكون المشية
في الحمل البسيط عظيمة السعة الا ان ذلك لا يكون غالب الا في حالة الاجهاض
او الحمل الكاذب وايضا فان المشية في الحمل المزدوج يوجد فيها محلان يكون
اللفظ فيهما اقوى اجدا ثم انه قد يسمع قلبان فان كان احدا الاجنة ميتا
كان التشخيص غير ظاهري وروية لفظ النفخ تساعد عليه فاذا ادعى الطبيب
للمرأة بعد خروج الجنين الحي كانت العلامة هي لفظ التقع وادراك التوج
منضمين الى العلامات الاعتيادية فاذا كان الحمل مثلث الاجنة كان لفظ النفخ
اعظم سعة ايضا واما الالفاظ الجنينية فتدل على اكثر من نوعين لانها تختلف
بعضها نظير ما اذا وضعت ساعتان بجانب بعضهما فانها ما يميزان بالسمع
فاذا كن ثلاث ساعات لم يمكن التمييز

وفي الحمل الخارج عن الرحم يصل لفظ النفخ ويبرز ويسمع اكثر مما في الحمل
الاعتيادي وليس فيه رنين ويكون اقوى في الحمل البطني منه في الحمل البوقي
والببيض والنبض ان الجنينية تستخدم لتشخيص دوام حياة الجنين فان كان هناك
حمل جديده رجمي او خارج عن الرحم دلحق بالحمل الاول كان الاستماع زائدا للنفخ
وضع الجنين المأخوذ من نبضاته الضربات الجنينية تظهر في الحمل المشغول
بصدر الجنين ففي الوضع الاول القمعدوي تكون من اليسار والاسفل
وفي الوضع الثاني والثالث القمعدويين تكون من اليمين والاسفل وفي الوضع
الاول للقمعدة تكون من اليسار والاعلى وفي الوضع الثاني للقمعدة تكون
من اليمين والاعلى وفي الوضع الدقي العاقي من اوضاع الوجه تكون ضربات
القلب من الامام ويمكن ان يتميز اوضاع المنكب بالاستماع ايضا اذ الميذهب
الشك فيما بالجس وبالجملة فهذه القواعد كلها اغلبية * وذكر الحكيم هول
ايضا ان الجنين تعلم حياته باحد امرين اولهما اذا سمعت النبضات الجنينية
والنفخ الموافق للنبضات مع قوة ورنانية متساوية وثانيهما اذا لم تنقص ضربات
القلب في مدة الاوجاع الا يسيرا ثم ترجع لها اقوتها حالا وكان النفخ يسمع بعيدا
اي كانه في مسافة بعيدة ثم يرجع حالا لوزنه الا يماعي * ويكون الجنين

ضعيفا او مريضا اذا كانت القرعة الثانية من الضربة الجنينية اكثر غزرا
وكانت الضربات ضعيفة او متقطعة ومضطربة اى غير متساوية او عديدة
او سريعة او انقطعت في مدة الحركات اولم يرجع لها وزنها في حالة السكون
او انقطع الرنين وغاب النفخ بالكليسة زمن الوجع * ويكون مبتا اذا كان النفخ
ضعيفا او معدوما او عدت الضربات الجنينية مهما كان وضع الام * وقال
ايضا انه يمكن ان يسمع قلب الجنين اذا ضرب حقيقة وقال ان النفخ الى الشهر
السابع يكون محدودا قليل التميز والزناية وتكون الضربات الاصلية اذ ذلك
اكثر انفصالا عن بعضها مما تكون فيما بعد والضربات القلبية عديدة صغيرة
ضعيفة مقصورة على محل اقل مما يكون فيما بعد وحرركات الجنين لا تحدث
في هذه الضربات اختلافات واضحة كما تفعل ذلك في الشهرين الاخيرين
ثم قال وفي ثقب جمجمة الجنين يعرف بواسطة الاستماع ايضا موت الجنين
وكما يعرف ايضا في العملية القيصرية حياة الجنين وموته وكذا في الشق
التعاني والاستماع ايضا ينفع في عملية التحويل ليعرف منه وضع الجنين وحياته
ورفعه في جنث الولادة في شئين احدهما كيفية وضعه والثاني زمن وضعه
فكيفية وضعه تؤخذ من معرفة وضع الجنين وكثيرا ما يخطئ الحس في هذه
الحالة بخلاف الاستماع فيكون انفع فيعرف منه حالة الدورة في الجنين وبذلك
يؤخذ منه تاخير وضع الحف وتجهيله * والاستماع في الزمن الاخير للولادة
يعرف منه محل اندغام المشيمة فيكون نافعا لفصلها الصناعي ولما كان اندغامها
الجانبى هو الاحسن لزم ان يخاف من تخليص المرأة من حملها قهرا اذا لم يكن
هذا الاندغام الجانبى حاصل فاذا انتظرت امد ساعه او ساعتين ووجدنا النفخ
مستداما كما في الحالة الطبيعية رجي الخلاص الطبيعى للمرأة اما اذا انقطع
الاغظ لزم العملية ومثل ذلك ايضا اذا كان مع الاغص صغير كما في احوال
الاتصاق ويعرف من الاستماع ايضا انفصال جزء من المشيمة

(المبحث الثالث)

(في معرفة زمن الحمل)

قد يحتاج لتعيين زمن الحمل بعد ان يعرف وجوده بواسطة الجنس البسيط
والهزة والحركات المضائية او الاستماع وتقول في هذا الموضوع وقد ذكرنا
فيما سبق التغيرات التي تحصل شهرا فشهرا في الرحم وجسمها واقعرها ونذكر
هنا ان من المهم في بعض الاحوال الجنس بنوع آخر غير ما يفعل عادة فاولا
لانغني بلبق عنق جزء الرحم وحده البارز في المهبل بل جميع الجزء الاسطواني
لطرف الرحم وهو شبه زائدة لا يستشعر بها الا اذا دفع بالاصبع الحاسر
المدود الذي يوجد في مركزه بوزن شيا في التساهل والاني ولدن اولاد يلزم
ان يقطع القتر عن سلك الاشعار واذا كانت الرحم منحرفة الى الامام والحوض
ليس عريضا جدا جاز ان تكون القووه مرتفعة بحيث يلزم للوصول لها
ان توجه الحافة الكعبرية للسبابة الى الخلف ويضغط العجان باى كيفية كانت
مع كون اليد الاخرى موضوعة على الخلفة ليدفع بها قعر الرحم نحو العمود
القري واحيانا يكون العنق ملتفتا للوجه المقدم من العجز سيما اذا كان
المضيق العلوى واسعا جدا فلاجل الوصول لذلك العنق يلتمز الطبيب بان
يذهب بالاصبع قريبا من الاقمية الى الخلف ثم يميلها الى الامام على هيئة كلاب
ويوجد في نساء اخر نحو النصف العلوى من التقعير ورم مستدير يظهر العنق
في جزئه الخلفي محفورا بانحراف مثل الحالبين في سلك جدران المثانة فبما عدة
جميع هذه الاحتمالات يصح ان الماهرة من القوابل تحكم على زمن الحمل بانه
مثلا خمسة عشر يوما او عشرين او ثلاثين تقريبا لكن كثيرا ما يحصل الخطا
في ذلك بحيث لا ينبغي في المأكل والدعاوى ان يجزم الانسان ويؤكد الحاضرين
مثل هذا الظن

(القسم الثاني)
(الحمل المضاعف او المركب)

يظن طبيعة ان الرحم تكون اكبر حجما اذا كانت محتوية على اكثر من جنين
واحد ولذلك جعلوا علامات الحمل المركب معظم الظاهرات التي تتعلق
بازدغاط الاجزاء اخرجوا للحوض والبطن واندفاعها واكن جميع ما ذكره

في ذلك لم يؤخذ منه ما يوضح المقام وذلك كالدوالي والارتشاح والاوزيميا
والانتفاخ ونقل الحركات في الاطراف الحوضية واحتقان الشفرين الكبيرين
وعسر الهضم وعسر البول والنشئ والتنفس والشكل البيضاوي او المفرطح
بليب المياه وضعف الانقباضات الرحمية والفقد البرهي للحس والحركة
والانغماء وان يكون البطن اعرض واكثر استدارة ومنبجعا على خطه المتوسط
لابارز او حركات الجنين التي يستشعر بها عادة بقوة وكثرة على جانبي البطن تفقد
كثيرا في الحمل المزدوج ومع ذلك يندرج ان هذه العلامات كلها معا
على ان كثير منها قد يوجد في الحمل بجنين واحد فان عظم البطن قد يكون
في الجنين الواحد عظم مما يكون في الحمل المزدوج او المثلث
وزعم بودلوك ان الجس قد يوصل الى نتيجة واضحة فقال ان في الحالة التي
يكون فيها حجم البطن كبيرا اذا لم يكن الاجنين واحد تكون الهزة امهلا
حصولا فان كان هنالك اثنان حصل تعسر فيها ويمكن ان يتميز حركاتهما
او اجزأهما البارزة من خلف جدران البطن ويزيد على ذلك ان الاستماع
يسمع منه لغط القلب من محلين منفصلين عن بعضهما بمسافة وان الضربات
التي يسمعونها المشييمة اذا كانت نافعة في الولادة لزم ان تسمع ايضا من محلين
منفصلين عن بعضهما ايضا
فاجتماع هذه العلامات يحقق ان المرأة حامل بجنتين او اكثر واما فقد
فيبعد كونه علامة عدمية لذلك فان ديزرموس ذكر حالة كانت فيها الهزة
في غاية الوضوح وكانت البطن في غاية النمو بحيث حرم هذا المولد الماهر
بانه لم يكن هنالك الاجنين واحد مع ان الامر بالعكس فكانت البذرة محتوية
على جنينين وايضا فان الاستماع لا يمكن ان يميزه الضربات القلبية للجنينين
اذا كان احدهما موضعا فوق الاخر او امامه بحيث لا يمكن الجزم غالب قبل
الولادة يكون الحمل بسيطا او مزدوجا

(الباب الثاني)

(في الحمل الخارج عن الرحم)

(القسم الاول)
(في الهيئة التشريرية)

انما تثبت البذرة وذاذت وغت خارج تجويف الرحم لزم ان تسبب في البنية
تكدرا وتغير اسوى ما يحصل في الحمل الرحمى لكن من حيث ان علامات الحمل
قد تغير حينئذ على حسب مجلس الكيس احتيج لان تقدم على تلك العلامات
معرفة الانواع المختلفة للعمل الخارج عن الرحم

(الفصل الاول)
(في الحمل المبيض)

الذين يقولون بالحيوانات الصغيرة في المني ويطنون ان الحي منها يتخذ من
المبوق لينضم بالبذرة التي في مبيض المرأة لم يازعوا في وجود الحمل المبيض
وقل من يشك فيه من المتأخرين بل منهم من قسمه الى ظاهر وباطن ولكن هذه
المسئلة الاخيرة وان وقع كلام فيها الا انها تحتاج لبحث جديد

ومهما كان حصول التلقيح سواء كان بواسطة الحيوانات المذكورة او التبخير
او غير ذلك يلزم ان الحرفومتين من النوعين اى الذكر والانثى يتلامسان وتلك
للامسة لا تحصل بدون ان يتمزق غلاف المبيض ويحفظ البذرة فبذلك تحيى
البذرة ولا يصح ان يقال انها محوية في المبيض الاعلى رأى شوسيه ان نقطة
الذكر لا تصل الى نقطة الانثى الا بالامتصاص ثم ان عندنا في الملتقطات العلمية
امثلة كثيرة للحمل المبيض بحيث ان كثير من الاطباء والقوابل ذكروا انهم
عثروا عليه في اعمالهم لكن اذا امكن النظر في جميع المشاهدات التي اشتهرت
الى وقتنا هذا وجدنا انها غير يقينية لاثبات ذلك لسهولة اشتباه هذا النوع
من الحمل في الرمة بالحمل البطنى واما المتقدمون فلا يعول على مشاهداتهم
لان التشریح المرضي عندهم كان غير متقن قال المؤلف اتفق اى وجدت بقايا
علوق خارج الرحم في اربع نسوة ميات فزعت منهن اعضاء التناسل مع غاية
الاحتراس واجتمعنا للتشريح مع جملة من افاضل علماء هذه القن عن ذلك
في وجود هذا النوع فحققنا ان ثلاثة من تلك الاورام كن خارجات

عن المبيض وحصل في الرابع تعسر عظيم وكان حجمه كحجم ايهام ولكن بعد عزل
البوق الذي كان سليما علمنا ان بقايا العلوق شاغل لكيس مخصوص بين الطبقة
البريتونية والغشاء الخاص بالمبيض الذي كان في غاية التمييز ولا شك اننا بحثنا
في ذلك مع غاية الاتقان بحيث يظن ان المشاهدات السابقة من الادميين
لم تكن باتقان مثل ذلك فحين بدون ان نعارضها وتقرى الراى المخالف لها
لانزال جازمين بان الورم كان مجاسه في التسيج الخاص للمبيض

(الفصل الثاني)

(في الحمل البطني او البريتوني)

اذ علمت ان التلقيح يحصل في المبيض سهل عليك معرفة ان البذرة التي احييت
بدل ان يأخذها البوق كلها العادة قد تسقط احيانا في البطن واذا تأملنا
في الحالة التشريحية للاعضاء سهل ظن ان هذا العارض غير نادر وما عدم
كونه اكثر حصولا من غيره فاذالة الامن كون اغلب البذر الذي يسقط هكذا
يموت قبل ان يتمكن من التعلق بالغشاء المصلى الذي يقع عليه ومع ذلك اذكر
بعض المتأخرين وجود هذا الحمل وان البريتون ليست وعاءه كافية لان تجهيز
ثموا البذرة وان الحالة التي يحقق فيها بالتشريح ان الجنين مع ما يتعلق به مستقر
في البطن كان هنالك في الاول حمل بوقى اورجى ومن المعلوم عادة انه قد يظهر
ان كلاما من البوق والمبيض بل واحيانا جزء من الرحم غالب من اصله في الورم
وانه حينئذ يعسر ان يؤكد ان البذرة لم تكن اولاً محبوبة في هذه الاجزاء وانما
وصلت الى هنا بدون تمزق في الرحم لكن من المعلوم الذي لا ينكر ايضا ان الرحم
والبوق يكونان في حالتهما الطبيعية غير متعلقين بالكيس الذي يحتوى على
الجنين على ان عندنا الا ان مشاهدات كثيرة تؤكد وجود هذا الحمل من غير
النافع ايرادها كلها هنا ولنقتصر على بعضها فاو لا اغلب الحمل المنسوب
الى الان للمبيض هو من الواضح من احوال الحمل البطني قال المؤلف
والمشاهدات الاربع التي تنسب الى من ذلك كانت من هذا القبيل ومثل ذلك
ايضا مشاهدات كثيرة ممن سلف قبلنا وجد فيها الجنين خالفا في البطن

وفي زمننا

وفي زمننا هذا وجد الحكيم اسكيرول في كيس غير متعلق باعضاء التناسل
 جنينا متجمعا بين الامعاء من امرأة ماتت وعمرها سبع وسبعون سنة وامثال
 ذلك كثيرة ولتزد على ذلك ايضا ان الطبيب بونتوس شاهد في امرأة
 اندعام الحبل السرى في الماساريقا وشوهد ايضا في اخرى ثبت المشيمة
 في مقدم السرة وفي اخرى ثبتها في الكلية والامعاء فان اعترض بان الجنين
 في بعض هذه الاحوال لم يسكن في البريتون الاسبب تفرق في الرحم او في البوق
 التحم بعد ذلك تقول اولا ان ذلك رأى غير متمسك به عند الاكثر وثانيا
 ان عندنا مشاهدات تفتح خلافة قد شاهد حول كلوكيه في هرة ومبشون
 في ارنب كثيرا من الاجنة متعلقة بباطن البريتون وعندنا محضر نشر يحيى
 احضره كروفلبيس لجلاس علماء التشرح فيه ما يريل جميع الارتياب وفيه البذرة
 والجنين مثبتان في التقعير المستقيمي المهبل وتفرق الكيس لم يكن الا قبل ذلك
 ببعض ايام والبوقان والمبيضان والرحم سليمة وفي مشاهدة بورتير كانت
 المشيمة مثبتة على الرباط العريض ولم تتعلق بشئ من توابع الرحم وعلماء
 البيطرة عندهم يقين بذلك مؤسس على مشاهدات لهم كثيرة مع ان اختلاف
 تركيب البريتون عن تركيب الرحم لا يساعد رأى المخالفين لان البذرة
 المشابهة لازرار النبات فيما ايضا حماية مهمة جدا ومهيئة بحيث تاتصق على
 اول جزء حتى القم الطبيعية عليه

فالحوصله الملقحة التي تغطي بعد ذلك حالا بمخل مشابه لخل جذر النبات
 تلتصق بالسطح الذي تقف عليه فتنبس السوايل في هذا المخل ولم يلبث
 الحال قليلا حتى تظهر اعراض مشابهة لاعراض التهاب موضعي محدود
 ويتكون كيس عارضى حول البذرة الصغيرة كأنه يحميها من فعل الاعضاء
 المحيطة بها

(الفصل الثالث)

(في الحمل البوقي)

هو اكثر حصولا من بقية انواع الحمل الخارج عن الرحم فنسبته لغيره كنسبة

لثلاثة ولا ينكره الامن يرى ان احياء النطفة يحصل في الرحم مع ان عندنا
الآن امثلة كثيرة لم يبق معها ادنى ارباب وذكرنا لها يخرج جناسن
الاختصار بدون فائدة وانما نذكر بعضها منها تأييدا للاطالين قال المؤلف
شاهدت سنة ١٨١٦ عيسوية في جثة امرأة ماتت في مارستان بورس
بذرة تامة ذات شهرين ساكنة في النصف الوحشي لبوق فلوبوس مع سهولة
تميز اصل ذلك البوق وخطه متة المشرفة وقناته وبقية اجزائه وفي هذا النوع
من الحمل يصح ان يثبت مانج من التلقح على جميع تقط مسير القناتة لكن الغالب
ان البذرة تقف في الصيوان وانها بعد زمن ما يعسر ان يقال يبادى النظر
ان هذا الحمل بوقى لا مبيضى او بطنى وما عدا ذلك من المعلوم ان القناتة البوقية
بعد ذلك تنسع وترق جدرانها لوربما تمزقت فيتحول الحمل البوقى الى حمل
بريتونى بحيث يشك هل هذا الاخير اصلى او ثانوى اى عارضى

واتفق ان امرأة ماتت في مارستان الرحمة في مسافة من ست ساعات الى عشر
سنة ١٨٣٤ وجد فيها الحمل البوقى باكل ما يمكن وجهاز محضره النشر يحى
فكان حجم الكيس كحوزة وكان موضعه في وسط البوق وتمزقت هذه القناتة
مع ان البريتون كان مجلسا لانصباب جله اترطال من دم والبذرة التى كانت
تامة محببة بدون غشاء ساقط منتظم التصقت بجميع سطحها يباطن البوق
لكن بدون ان تتضمن منسوجه وكان سن العلقه نحو شهر وتناهد مع حبليها
السرى من خلف الاعشوية ولم تتعسر معرفة الحوصلة السرية تحت السلى
وليس في الرحم غشاء ساقط وانما كانت متخلخلة جدا مع اتفاح عظيم فيها
ووعائية في منسوجه الحطاطى كما فى بوليبوس الانف وهذا المحضر
النشر يحى الغريب بعد ان شاهده جمع من العلماء تركوه بدون التفات له
حتى تلف بالكلية وطبعت قصته بعد ذلك في بعض الوقايع لاعلى الصواب بل
كانت مملوءة بالغلط

(الفصل الرابع)
(فى الحمل فى نسج الرحم)

الجنين في هذا النوع لا يكون مضمرا فيما بين البريتون والغشاء المخاطي
والمنسوج الخاص بالرحم وانما ينحصر في ذلك المنسوج نفسه من غير ان
يكون له كيس يفرقه عنه وفي خمس مرات من سبعة شوهه في الجهة اليسرى
من الرحم اما اعلى البوق او خلفه او امامه او اسفله ولا يكون بين ذلك البوق
والتجويف الذي يحتوي على البذرة استطراق في حال من الاحوال كما تحقق
ذلك خصوصا في قطعة شرحها بتسديد الرأء المؤلف مع بريشيه حيث لم يجد
هناك استطراق بين التجويف الطبيعي لاجزاء التناسل والكيس الغير
الطبيعي المحتوي على البذرة وقد جمع بريشيه في رسالة صغيرة جميع المشاهدات
المعروفة الى وقتنا هذا وبين بعضها مشابة تامة فلنذكر منها واحدة
ليعرف منها باقيها وذلك ان امرأة حصل لها التعب والمشيقة اللذان يصعبان
الجل غالبا ثم عرض لها عوارض ثقيلة كتفا في جميع الاطعمة التي كانت
تتغاطاها منذ بعض ساعات ثم بعد ذلك استشعرت بالشد في القسم الخلفي
امتد للمستقيم ثم حصل لها غشي واحساس بضعف عام ثم اصفر وجهها
وشفتاها وصارت نبضها صغيرا واستدل من الغشي المستمر على انها في حالة خطر
حقيق فامرت بالراحة واستعمال جرعة مضادة للتشنج فلم يزل الالم مستداما
طول الليل مع شدة زائدة وكان بطنها في الابتداء غير مؤلم بالضغط باليد عليها
ثم صارت بعد ذلك مؤلمة ثم بطل منها الحس والحركة بسرعة ولما دخلت الاصبع
في المهبل عرف ان في الرحم نموًا ظاهرا بدون اتساع في عنقه واخبرت المرأة
انها حامل منذ ثلاثة اشهر فامر لها بعشر بن علقه فوضع على بطنها وبحمام
جلوسي فلم تزل تلك الاعلامات مستمرة الى اليوم الثاني ثم ماتت بعد خروجها من
الحمام قبل الزوال بثلاث ساعات * فلما فتحت جنتها شوهه في تجويف
الحوض دم كثير منصب بعضه سائل وبعضه متجدد والرحم مع كونها متسعة
لم تجاوز المضييق العلوي وشوهه في قاعدتها تمزق قريب من الجانب الايسر
واصاب هذا التمزق البريتون ونسج الرحم بدون ان يجعل استطراقا بين
تجويف البطن والرحم وخرج من هذه القووه العارضة في الرحم جنين ملتف

في اغشيتيه وكان طول الرحم خمسة قراريط اوستة وعرضها اربعة. وظهر فيها
 حفرة تسع بيضة دجاجة وشوهد في هذه الحفرة كثير من المادة المخاطية
 والزلاية وغشاء هو في الحقيقة الغشاء الساقط وكان سمك جدران الرحم من
 ستة عشر خطا الى ثمانية عشر فلذلك كان حجم هذا العضو عظيما جدا
 وجدرانه اسماك منها حالة الفراغ والمبيضان سليميان والبوق الايمن كان نصفه
 الاعلى منسد والبوق الايسر منسد كله والتجويف الحاوي للجنين كان في سمك
 جوفه قعر الرحم فوق ارتباط البوق الايسر ولا يكن هذا التجويف مغشى
 بغشاء وكانت سعته بقدر ما يسع بيضة دجاجة صغيرة وسطحه غير منتظم
 وشوهد فيه جملة فوهات من الاوعية التي زعموا انها تسمى بالجيوب الرحية
 وفيها فصوص على هيئة اقلام تصوير روعائية فيها آثار المشيمة وكان سمك
 الحاجر الفاصل لهذا التجويف عن تجويف الرحم نصف قيراط واما الجدار
 العلوي الذي يجاور قاعدة الرحم وفيه التمزق فكان سمكه خطين ولكن يعرف
 ان هذا الجدار مكون من عنصرين متبذين احدهما البريتون وثانيهما
 جوفه الرحم وانما نبتنا على ذلك لان بعض الفسيولوجيين ظن ان في هذا
 النوع من انواع الحمل الخارج عن الرحم انزلت البذرة ومكنت بين البريتون
 والرحم واما الجنين مع اغشيتيه فكان طوله نحو ثلاثة قراريط ويوجد
 في محال كثيرة من الوجه الظاهر للسلي عروضا عن المشيمة المنتظمة فصوص
 مثبتة فيها بواسطة قوائم طويلة خيطية وبعض هذه الفصوص كان داخلا
 في جيب من جيوب الرحم ولاصقا الجنين بالام انتهى بحروفه مع ما فيه
 من التساهل وسيأتى لك في علاماته وانتهائه ما يشفى الغليل

وقد التزموا ان يكشفوا كيفية حصول هذا الحمل فلم يزيلوا الثقب عنه
 ففرض بريشيه ان البذرة قرب دخولها في الرحم ممكن بسبب عائق
 من العوائق ان تدخل في فوهة منفحة لاحدى القنوات الوريدية التي تنفتح
 في اصل البوقين وتذهب يبطى في نفس سمك جدران الرحم لكن هذه القووات
 المزعومة غير موجودة فهذا التوضيح ساقط من اصله ومنهم من اختار

ان الزويتين الرحبتين المستطيلتين جدا ينسبها في جزء منهما قرني الرحم فظن
 برئيسه ان المر الضيق الذي يوصل حيفخذ للبوق يمكن بانساده ان يقهر
 النطقة على ان تحيد عن طريقها الاعتيادي قال المؤلف لكن اذا كان حقا
 ان مثل هذه الهيئة توجد احيانا فلا اقل من ان يكون ذلك نادرا ولا يدخل
 في الانتظام الطبيعي فـكون هذه كلها امورا فرضية مثل القناة التي زعم
 بودلوك كنفها على جانب الرحم والتجاويف الغير الاعتيادية التي ذكرها
 مر جاني وغيره فالاسلم من ذلك كله ان نقول ان كيفية حصول الحمل في اثناء
 نسج الرحم غير معروفة معرفة جيدة

(الفصل الخامس)
 (في الحمل الرحمي البوقي)

توجد مشاهدات مشتقة تثبت هذا النوع من الحمل بحيث ان جزءا من البذرة
 يكون محويا في البوق والجزء الاخر يبقى في الرحم فنها مشاهدة باقون الذي
 هو اقل من ذكر مثال ذلك وكانت المشيمة المحوية في الرحم متصلة بواسطة
 الحبل السري مع الجنين الذي كان يجلسه في الصيوان وذكر لوجير مثالين
 احدهما نفس امراته ولم يكن في الرحم الا رجل الجنين والباقي مع المشيمة
 كان في البوق وهي ذكرا لا يقرب من مثال باقون وخامس مشاهدة
 كان الرأس وحده في الرحم واما الجذع كله فكان في البوق وسادس مشاهدة
 وجد فيها في البطن بذرة كاملة مع جنين حبيله ذهب من البوق حتى اندغم
 في الرحم التي كانت المشيمة فيها لكن انكار هذا النوع له وجه لان الامثلة
 التي ذكرت لم تجتمع فيها الشروط اللازمة فان بالبحث الدقيق يمكن ان يظن
 ان ذلك ناشئ من اقتباس جزئي او كيس عارضى او غرق قديم في الرحم فالوجه
 ان لا يختار هذا النوع الابهتأ كيد به بمشاهدات قوية

(القسم الثاني)
 (في سير الحمل الخارج عن الرحم)

(الفصل الاول)
 (في الاسباب)

من الاسباب التي قد تنبجبه كثافة وسموكة غلاف البذرة او غلاف المبيض
والتصاق النطفة التصاقا قويا وعمق وضعها او زيادة قربها لرباط المبيض
وانسداد البوق وشلله وتشنجه وسوء اتجاهه وافراط او عدم طوله واحتقانه
وحر كته المضادة اي التي هي من اعلى الى اسفل وانتفاخ غشائه المخاطي
وتقرحاته وصلابة صيوانه او شرافة او اكثرت من شرافاته وضيق فوهته
الوحشية وبقيّة التغيرات التي يمكن ان تحصل في هذه القناة سواء في تكوينها
او في وضعها او تمزق الرحم لكن ليس عندنا في العلم من هذه الاسباب ما يفيد ذلك
على التحقيق وانما ذلك بحسب ما يقرب للعقل وظن استروك ان النساء الغير
المتزوجات يصبن بهذا الحمل اكثر من غيرهن وزعم بعضهم لتأيد ذلك ان البذرة
فيمن تبتقي في المبيض او تقف في البوق او تنزل على البريتون لان الخوف
والفرع والاضطراب الذي يحصل لهن عند مسكهن فجأة وقت التلدذ الشديد
او بعده قليل يحدث في بئتهن تكديرا يصل تأثيره لاعضاء التناسل وعندنا
مشاهدات ثلاثة تقوى رأى استروك ولكن لما لم يكن في غيرها ما يفيد ذلك
بالقطع جاز ان يعتبر هذا التوضيح فرضيا مناسبا وظن موجود ان المانع المكون
من الغشاء الساقط المعارض لفوذ البذرة في الرحم يصح ان بعد من اسباب
ذلك الحمل وعنده ما يعضد ذلك لكن يقرب للعقل ان هذا لا يكون دائما سببا
لهذا الحمل فالاسم لنا ان نعترف بجهلنا بذلك

والذين يقولون ان التلقيح يحصل في الرحم يقطعون النظر عن جميع تلك الاشياء
ولا يوضحون الحمل الخارج عن الرحم الابتصوهم حركة قهقرية بواسطتها
تذهب البذرة من الرحم للبوق او لغيره ومن الامور الواقعية النادرة ما زعمه
بلنشون من ان البوقين في الاسابيع الاولى من العلق يحصل فيهما اتساع قليل
وكذلك المشاهدات الغريبة التي ذكرها باون وغيره من ان الحبيبل السري
لحنين محوى في الصيوان المشرف شوهدا ندغامة على مشيمة كربة في تجويف
الرحم نفسه

(الفصل الثاني)

(في علامات الحمل الخارج عن الرحم)

قد يعجب هذا الحمل استدامة الحيض والاوجاع الخشبية والغثيان والقيء
الكثير وغير ذلك من الظواهر المغمة المفعولة اعراضا لهذا الحمل لكن من حيث
انه قد لعدم غالب في غير هذا الحمل وان مشاهدتها لا تدور في الحمل الطبيعي
يكون عددها من اعراض الخارج عن الرحم قليل الجدوى واذا شوهد في بعض
انواع الحمل الخارج عن الرحم ان الثديين لم يتغيرا ولم يفرزا السائل اللبني وان
البطن غير متساو ومربع التوسيع في الجانب وان حركات الجنين يستشعر بها
قبل او انهما الاعتيادي من خلف الجدران التي هي بحسب الظاهر رقيقة جدا
وان الرحم بقيت قليلة الحجم فقد يشاهد العكس ايضا في عدد كثير منه بل قد
يشاهد غالب في الحمل البسيط نفسه بعض من تلك الاعراض الغير المنتظمة

على انه اذا كان خسا ان الرحم يزيد احيا نا حجمها في مثل تلك الحالة فمن اليقين
ايضا ان التغيرات التي تحصل لها حيث قد تكون غير واضحة كما هو الغالب
بحيث يظن معها وجود حمل رحي في اربعة اشهر او خمسة ويقرب للتحقيق
ان الحمل خارج عن الرحم اذ اكر ارتفاع الورم البطنى من اعلى المضيق العلوى
ووجود مجلسه في احدى الحفرتين الحرقميتين او ظهر فيه تحذب او دوالى
واستشعر فيه بالاندفاعات وسهل ادراك تحذبات الجنين وحركاته وان بقيت
جدران البطن حافظة تقريرا لسمكها الطبيعي وعرف بالامس ان ثقل الرحم
وحجمها غير رائدين او رائدان قليلا وان العنق لم يفقد طوله فقد محسوسا
وان تغير موضعه واتجاهه وكثافته بل وشكله ايضا

ومن المعلوم ان البذرة اذا تثبتت في نقطة ما من سطح الرحم ووقفت قريبا من
اصل البوق او بين الصيوان والمبيض كما شاهد ذلك دودمان اوفى الرباط
العريض كما شاهد ذلك برجره اوفى سمك جدران الرحم نفسها جازان لا يوجد
شي من هذه العلامات وسهل جدا اشتباه الحمل الخارج عن الرحم بالحمل
الاعتيادي لان الرحم في هذه الحالة تفتخ وتلين وتكابد تغيرات كثيرة يعلم
منها الحمل الجيد وتجويفها يمتلئ احيا نا بمادة قابلة للتجمد عديمة الشكل
او تظهر على طبقها المخاطية تولدات وشكل البطن وحركات الجنين لا يفيدان

شيئا مخصوصا بل الهزة نفسها قد توجد احبانا واذا كان الحمل الخارج عن الرحم مزدوجا وذلك نادرا يكون التشخيص المأخوذ من الورمين اسهل مما اذا كان بسيطا والغالب ان اعضاء التناسل لا تتغير عن حالتها الاعتيادية الا بسير اذا لم يكن الكيس الجنيني في البوق ولم يلتصق بالرحم واما ما شوهد بخلاف ذلك فنادر ويندر ايضا ان يقصر العنق حينئذ قصرا محسوسا وان تنفتح فوهته انفتحا واضحا وكثيرا ما يظهر العنق من الاسفل او الاعلى او الامام او الخلف او الجانب اكثر مما ينظر باعتبار زمن الحمل وهذا وبالجمل لا تكفي العلامات العقلية ولا المحسوسة لمعرفة الحمل الخارج عن الرحم الى تمام الشهر الثالث واما بعد هذا الزمن فيمكن بمساعدتها كلا او بعضها ان يشخص الحمل تشخيصا يقرب للحقيقة فوجودها يفيد فلنا قويا تستند عليه الاطباء الممارسون

والحمل الذي يشغله الكيس له تأثير عظيم في التشخيص فان كان في الحفرة الحرقفية ارفس البطن تحقق وجوده بواسطة البحث البطني بحيث لا يكون هناك وجه لانكاره وزعم باللمس ان الرحم لم يكابد الا بسير تغيره في مقدم الرحم يقاب العنق الى الامام مع دفعه الى الاسفل ويضغط على المثانة فيحصل من ذلك بعض عوارض في تلك الجهة ويميز على شكل ورم نحو الخثرة مع كون الاصبع ايضا نوحا كمن المهبل فهو القليل للرحم ولهذا الحمل في التغير المستقيم المهبل الذي ينتهي حال ذلك الحمل بالثابت فيه صفات واضحة يسهل هو ما الاستشعار بها بعد الشهر الثالث فيعرف الكيس البارز في اعلى المهبل وفي المستقيم معا بالاصبع التي تذهب في بعض الاحوال حتى تميز الجنين او اجزائه المختلفة وقد يغش بالانقلاب الى الخلف وحده لكن يحترس من الغلط بان يتذكر ان بوزطن شيئا هنا يكون مرتعا ومتجها الى الامام واما في الاختلاف المذكور فيكون مدفوعا الى اعلى العانة مع الرحم التي توجد بالبحث الخليلي ويدوم في الغالب على التفتاة الى الاسفل نعم يحصل بين الرحم والعجز في محاذاة المضيق المتفاض وانحناء للعنق الى الخلف لكن من حيث

ان قصر بوزطنشسيا ونفريات باقى العضو لاتظهر بنسبة واحدة سهل ايضا
 الاحتراس من الغلط فى ذلك
 واما العلامات للميزة للانواع المختلفة التى للصمل الخارج عن الرحم فانظن
 ان من غير النافع ذكرها هنا لان معرفتها لاتفيد شيأ فى العمل على ان جميع
 ما ذكره لها غير يقينى لايتمد عليه بل ربما عسر فى الرمة بواسطة المشراط
 ان يحكم بان مجلس البذرة هل هو البوق او المبيض كما يكون فى البريتون
 فن الهزم بتحقيقها فى امرأة حية

(الفصل الثالث)

(فى انتهاء الحمل الخارج عن الرحم)

الحمل الخارج عن الرحم ينتهى عادة قبل الشهر الخامس وقد شوهد مجاوزته
 ذلك بل الى الوقت الاعيادى للولادة وذكر المشاهدون له حالة عظيمة الاعتبار
 وهو انه يظهر فى الاخر فوع طلق واوجاع متقطعة بل قوية فى بعض الاحيان
 وابتداء اتساع فى العنق وسيلان مخاطية ومادة مدممة واغريب من ذلك ايضا
 انقباض واضح فى الرحم اوفى الكيس الجنينى وفى الحقيقة يوجد بعض هذه
 الظواهرات فى الحمل البوقى لان البوق لما كان مركبا من نفس الاصول التى
 تركب منها الرحم كان متمعا بمثل خواصه لكن لا يمكن فى الحمل البطنى ان توضع
 انقباضات الكيس الا باختبار انه مؤلف من الياف لمجبة آتية من الطبقة
 الخلوية المرة التى تبطن بريتون الحوض

والحمل الرحمى البوقى وحده يمكن فيه استخراج الجنين من الطرق الطبيعية
 والحمل الذى فى التقعير والذى فى اثناء منسوج الرحم يمكن ايضا ان يخرج
 الجنين فيهما من المهبل واما غير ذلك من الانواع فلا يتألى فيه ذلك بسبب قلة
 سعة البوق وقلة تمدد فى النظر لذلك كله ~~كون~~ الحمل الخارج عن الرحم
 خطر اذ انما للام وحينها وانتهى آتة الطبيعية ترجع كلها تقريبا لموت الجنين
 وتمزق الكيس فلند كذا فى مجئين

(المبحث الاول)

(فى موت الجنين فى الحمل الخارج عن الرحم)

سدران تجا وزحياة الجنين النهر الثالث او الرابع فبعد ان يموت من فقد
تغذيته او من التهاب غلافه المحيط يشاهد فيه احد امور ثلاثة اولان السائل
الامنيوسي كغيره من الاجزاء السائلة للجنين تمتص والجنين يقيس ويهجر
او يتحول الى مادة شمعية رمية والكيس يضيق ويصك ويصير ليفيا وليقيا
غضيرا وفيما بل او عظيما ويتحول الشكل الى ورم صلب يمكن ان يبقى في البطن
دائما بدون ان يحصل منه خطر للمرأة وصلابته استدعت في بعض الاحوال
ان لا يكسر الا بقرور ومن المشاهدات ما كان مكدسة في البطن ثلاثين سنة
وثانيا ان الكيس يتحول الى بورة صديدية حقيقية والجنين يفسد ويذوب
ويضعف وينتهي حال الكيس حينئذ بان ينفتح اما في مجويف مخاطي او من
الخارج باسستقامة او في البريتون بدون واسطة وقد اتفق انه انفتح في باطن
المثانة وفي مشاهدة اخرى حصلت الفتحة قرب الاربية ومرة من السرة
واخرى من الشراسيف وكثيرا ما يحصل قذف الجنين من القناة الهضمية
وبذلك يعلم ما زعموه من الحمل المعدي والاجنة التي خرجت بالقي وتكلم عليها
بعض المؤلفين والاحوال التي شوهد فيها اندفاع الجنين من الشرج حتى
في الحمل الرخي فان الجزء العلوي الخلفي من المهبل قد يترق ويستطرق
بالمستقيم وثالث ان البذرة قد تمتلئ بسائل مختلف كثافته وشفافته اصفر اللون
او اسمر او سنجابي او محمر لكنه غير صديدي ويتغير الى كدس اتفق انه وجد فيه
الى نحو مائة وخمسين رطلا من مادة سائلة تسبح فيها بقايا الجنين

والحالة الاولى هي اجود الاحوال واسعدها واليه ينسب كثير من ذلك الحمل
الذي قد يمكث في البطن من سنتين الى ثلاثين بل اربعين سنة والحالة الثانية
يصحبها او يعقبها دائما اعراض ثقيلة فالالتهاب ينتشر في الاجزاء القريبة
ويولد احبا ناعجا شديدة ويوصل سريرا الى انتهاء معم والغالب ان المريض
يسقط في ضعف زائد بسبب ما يحصل له من التقبج الكثير وحيانا تفخرج
جميع اجزاء الجنين احدها بعد الاخر فيستفرغ الكيس شيئا فشيئا وينتف
ويرجع على نفسه ويجف التقبج تدريجا وينتهي الحال بالتعالج الجرح او اقله

ان يرجع الحاملة قرحة فاصورية تكون في الغالب متعبة لاخطرة ففي هذه الحاملة كما في حالة الصعر والاستحالة للجنين لا يمنع ذلك الحمل الخارج عن الرحم حصول حمل جديد اعتيادي يحتاج جميع ادواره بدون عوارض كما شوهد ذلك كثيرا

(المبحث الثاني)

(في تمزق الكيس في الحمل الخارج عن الرحم)

جميع انواع الحمل الخارج عن الرحم يمكن ان تنتهي بتمزق الكيس الذي يخدم الجنين بوظيفة الرحم وقد وجد امثلة لذلك في الحمل البطني والحمل في فسيج الرحم واما الحمل البوقي فذلك هو انتهاءه الغالب لان جدران البوق وان كانت قابلة للتدد الا انها رقيقة لا تقاوم اتساع الكيس زيادة عن الشهر الثالث او الرابع وامثلة ذلك عندنا كثيرة متارة يحصل التمزق فجأة وكأنه نتيجة حركة عنيفة او سقوط او نحو ذلك وتارة يحصل ببطء املأ من الترقيق المتجانسكي او اللين او غير ذلك من التغيرات التي تحصل في جدار من جدار الكيس الجنيني

فاذا لم يحصل في الكيس التصاق يحفظ من الانصباب سقط في تجويف البريتون مياه الامنيوس والجنين والدم الذي يسيل من حافتي التمزق والغالب ان قد الحس والحركة والانغما والتشنجات التي تتجدد والالام الشديدة تهلك المرأة المسكينة في بعض ساعات واحيانا تقاوم القوة الحيوية لها تلك السرعة وتضعفها فيظهر التهاب بريوني شديد ويحصل الموت في اليوم الثاني او الثالث او الرابع وفي بعض الاحوال النادرة تنقهر الطبيعة الاخطار الاولى لهذا الامر المهول فتتراكم المواد المنصبة في البطن في بورة محدودة ويتولد من ذلك خراج حقيقي يرجي به اغانة المريض واسعافه

(القسم الثالث)

(في علاج الحمل الخارج عن الرحم)

عسر تحقيق الحمل الخارج عن الرحم في اشهره الاول كان سببا لندرة ظن

علاجه فيما قبل تولد الاعراض التي تعلن بموت الجنين او تنزق اغشيته على ان
 قوة الصناعة ضيقة في معظم الاحوال قاصرة غير متسعة بحيث
 ان الاستعانات التي يمكن استعمالها تكون ايضا خطيرة في نفسها مثل خطر
 الانتهاء الطبيعية الرديئة ومع ذلك من الغلط ترك الفعل في كثير
 من الاحوال فاذا افتخ الكيس من ذاته سوءا من الخارج او في سطح غشاه
 مخاطي كان لا بأس بتوسيع القهقه فاذا بقي سليما ولم يبرز الا على المضيق عملت
 عملية الشق البطني فان كان شاغلا للتقعر المستقيمي المهبل سهل شق المهبل
 والشرح لذلك

(الفصل الاول)
 (في عملية الاطلاق للعمل الخارج)

لما كان افتتاح الكيس من الظاهر لا يحصل غالبا بدون التهاب سابق كان الغالب
 ايضا ان يحصل فيه التصاق حواشي القهقه بما جاورها فموجب ذلك يصح
 اطلاقه اطلاقا واسعا بدون ان يفتح البريتون و بما منع ذلك الاطلاق وجود
 اوعية فيه بعض غلظ فيه او قرب له عضو من الاعضاء المهمة وينبغي ان يفتح
 قهقه واسعة متى سمح الحال بتوسيعها لكونها تعين على استئصال الجنين
 او اخراج اجزائه وتعطى مسلكا خالصا للمواد التي تراكمت في ذلك الكيس
 فتكون كخارج واسع يلزم تفريغه وتطهيره باسرع ما يكون واكمل ما يكون
 وينبغي اختيار تضعيف الاطلاق اي تعداده في الاحوال التي تكون الشقوق
 الواسعة فيها خطيرة فاذا وصلت اجزاء الجنين الى المثانة وتحقق ذلك بالقائطير
 عملت عملية الحصاد امامن البطن كما فعل ذلك ييلاد الاقلير او من المهبل
 كما فعل ذلك الحكيم فلوبير

(الفصل الثاني)
 (في الشق البطني للعمل الخارج)

الشق البطني هو الدواء الوحيد الذي يعالج به بعض احوال من الحمل الخارج
 عن الرحم وذكره سابقا امورا ناجحة في مشاهدات كثيرة اتفق في بعضها

موت الام وسلامة الجنين وفي بعضها بالعكس وفي بعضها سلامتها معا وبعض
الجراحين خاف من فعل هذه العملية بسبب ما يحصل منها من التزيف والتقيح
وجرح البريتون لكن ذلك مبالغة في التضييق وبالجملة فالشق البطني خطره
في الاهلاك مجرّد النظر اقل مما يظن عموما والظاهر انما اذا ورد به قبل ان تظهر
العلامات الممهولة للالتهاب وسيل الالتهاب البريتوني حيث يتسلطن تسلطنا
مهلكا حصل امعاف حياة المرأة في كثير من الاحوال

وبعضهم تمسك بان في جميع الاحوال تعمل العمالية قبل الشهر السابع
من الحمل الا اذا تحقق موت الجنين وانفتاح الكيس سواء في البريتون
او من الظاهر اما بدون ذلك فانها تسبب موت الطفل بدون منفعة للام مع انه
كان يمكن ان يصل الى تمام اشهره ويخرج حيا وهذا الرأي وان كان له بعض
معضدات الا انه لا ينبغي التعويل عليه لان العملية تكون بشائر النجاس
فيما اكثر كلما كان الحمل اقل تقدما فالحياة المستقبلية للجنين هنا اقل رجاء وظنا
من حياة المرأة التي هي ارجح للنظر ثم نقول بالاختصار اذا كان في الجنين
امارات الحياة بعد سبعة اشهر اقتضى العقل والرافة البشرية فعل عملية الشق
البطني بدون توقف حتى لو ادعى الطبيب بعد غرق الكيس لزمه فتح جدران
البطن حالا

ولننبه على ان موت المرأة بدون العملية محقق اما معها فتبقى حياتها ولا بأس
ان ننبه ايضا على ان الكيس بحد ذاته لا يكسب نمو اعظما بدون ان يلتصق بالجزء
المقابل له من جدران البطن فعلى فرض عدم حصول هذا الالتصاق يمكن
في الغالب تحصيله بواسطة ضغط مستدام زمنيا طويلا ثم اذا بقي اثر خوف
من ذلك علمت العملية على طريقة جراحي في الخراجات والا كياس المرضية
في البطن بان تعمل في زمنين الاول يشتمل على شق الجلد والعضلات والاورتار
العرضية حتى يصل للبريتون والثاني لا يفعله الا بعد ثمانية ايام او عشرة
ويكون مخصوصا بفتح الكيس في المسافة بين الزمين يدخل الورم الخالص
عما يقاومه من الخارج بين شفتي الجرح ويلتصق بما يحيط به منه بحيث

اذا حصل الشق الثاني لم يحصل منه خطر
فاذا لم يصح عمل الشق البطنى بسبب انفتاح الكيس الجنينى فى البريتون ينبغي
الاقترار على مقاومة الاعراض وتخفيف شدة الالتهاب والاحتباس من
تكون الصديد واعانة تولد الالتصاق المحدد للانصباب وحفظ القوى ووقتها
بواسطة التدبير الغذائى والاستفرغات الدموية على حسب ما تستدعيه
ظواهرات رد الفقل او الضعف

(الفصل الثالث)

(فى فعل الشق من المهبل فى الحمل الخارج)

اغلب انواع الحمل الخارج عن الرحم هو الذى محله فى التقهيز المستقيم
والمهبل سواء تثبتت البذرة اولافى هذا الحمل او نزلت فيه مع البوق او المبيض
وحينئذ فتح الكيس سهل فى الضال وقل خطرا من الشق البطنى ويناسب
فعل ذلك من طريق المهبل الا اذا كان هناك ما يمنع ذلك والاوى حسب ما علم
من المشاهدات ان تعمل هذه العملية قبل ان يظهر ثنى من الاعراض الثقيلة
الا ان ينتظر حصول ادنى طلق كما قيل ويلزم ان تكون الفتحة واسعة وينتظر
نزول المشيمة اى كون المشيمة يخلص معظمها بنفسه فرار من التعريف
فاذا كان القرب مفسدا كفى حالة ذلك رها بوى عملت العملية من الشرج
الامن المهبل ومشاهدات ذلك كثيرة وكثير من النساء نتجت معهن هذه
العملية فاذا لم يقطع الحكم بعمل ثنى من هاتين العمليتين وظهر الكيس
فى احدهما الا ما كن سوعدا على خروج قطع الجنين التى ظهرت فى المهبل
او المثانة او المستقيم فتفتح الخراجات اذا كانت وتعارض وقوف الصديد
او المادة الفاسدة ويفعل ما يقتضيه الحال بالمناسب من الاستقبامات والحقن
فى المهبل وفى المستقيم والحمية القاسية والتدبير الغذائى المقوى والافصاد
العامة والموضعية والسكون والراحة والريضة

(التعليم الثانى)

(فى الحمل الكاذب)

سموا بالجل الكاذب الامراض التي يزيد فيها حجم الرحم او البطن مقابلة لها
بالجل الصادق وذلك كاحتباس الحيض والامتساق الزقي والكيسى والطلى
والبوايوس والاسقيروس والسرطان في الرحم والاورام في المبيض والبولق
او الحوض وغير ذلك فان هذه الاكاث يحصل منها في الغالب علامات
مشابهة للعلامات العقلية والحسية للعمل الحقيقي ولكن بالبحث الزائد لا يمكن
الخطأ فيها فلا تشبه بالجل الامن سواه او قليل الممارسة وهذا الجل اذا كان
نتيجة تكدر في وظيفة الرحم او تغير فيها انقسم الى ثلاثة انواع جل كاذب بسبب
انحرام ادوا الحيض وجل كاذب من آفة في الرحم او علاقاته وجل كاذب
عصبى والنوع الثاني غير عسر التشخيص اذ لا تشبه بعد الجس اعراض
اسقيروس العنق وقرح الرحم بظواهرات الجل ووجود البوليوس في الرحم
يكون مصحوبا بالزيف في الغالب وفي تلك الاحوال كلها لا يحس فيه بالهزة
ولا بمركات الجنين هذا وتسمية تلك الاكاث بالجل الكاذب غير مناسبة
اذ ليس هنالك في الحقيقة جل اصلا وانما المناسب ان يعطى لكل منها اسم
يخصه ولتسكلم على كل منها بما يناسبه في محله ولذا كرر الان ما يشته به الجل
في مباحث ثلاثة لتعرف تلك الانواع الثلاثة للعمل

(الفصل الاول)

(في احتباس الطمث)

ترآكم السائل الطحى في الرحم قد تنقش فيه القابلة وتظنه حبل حقيقيا
علاماته اذا امتلأت الرحم من الدم يعرف بالجس في بكران غشاء البكارة
غير مثقوب وان المهبل او غيره من بقية الاعضاء التناسلية ليس على انتظامه
الاعتيادي او كان ذلك في امرأة متزوجة لم يحصل في حيفها الى الان
ما يحث الف العادة كان هنالك دلالات على مرض يتضح تشخيصه بالبحث
الجيد فقو البطن يحصل بدون انتظام فتارة يتقص مدة شهر ثم يزيد فجأة مدة
اخرى والادوار الطمثية يعجزها غالبا آلام قولنجية شديدة واما الرحم
فهما كان زيادة حجمها لا يميز فيها بالبحث البطني قحيدات ولا اجزاء صلبة

والاستماع لا يؤخذ منه ضربات مزدوجة ولا لفظ النفخ ولا يستشعر بحركات
الجنين اصلا.

معالجته * عندنا عملية هي العلاج الرئيس لهذا العارض وهي البط فاذا كان
ذلك منسوبا لانسداد العنق استعمل لفعله مبضع مشابه لمبضع القنخ البلعوى
او باذلة غليظة طويلة او مشرط بسيط مستقيم ملفوف عليه عصاة صغيرة
الى قرب سنه ثم يوضع قنبل في محل الشق واحسن منه انبوبة من الصمغ المر
مدقة يام ولكن من حيث ان السائل المحوى في الرحم يكون قوامه في الغالب
شرايبا لوفيه ندف بحيث لا يخرج دائما من الثقب المقول بالبط يكون
الاحسن والا كذلك ان يوسع الشق باكلة قاطعة * وان كان الانسداد في المهبل
وعم اعظم جزءه من هذه القناة فان العملية لا تتولد دائما عن الخطر ومع ذلك
فتوتر الاجزاء بالدم يصير العملية اقل تعسرا مما اذالم يكن هناك احتباس
طمث وبالاختصار فالعملية لا تستدعي الا الاحتراسات التي تلزم من اعانتها
في عيوب التكون للفرج

فاذا لم يكن هناك النوع حجاب حاجز كفي لذلك مجرد ضربة مبضع او مشرط
ولكن الاحسن ان توجه الالة على كل شفة من شفتي الجرح ايضا ليحصل شق
مشعع والغالب ان يكون المانع في الفرج فالدم حينئذ يشغل في العادة المهبل
لا الرحم وانما توجد هذه مدفوعة الى الداخل على شكل ورم في اعلى المضيق
وامثلة ذلك كثيرة انظر فيها بعض الاطباء وظنه جلائقهم من اخرج منها بالعملية
نحو ثمانية ارطال واقل واكثر وشوهدهم ترق الغشاء من نفسه وخروج الدم من
ذاته واتفق في اخرى ان الورم كان مزرقا رخوا بارزا الى الخارج ظنه الحكيم
ما قول جيب المياه اى القرن

واما وضع المرأة في العملية فهو كما في عملية الحصة وتكون الاجزاء ممتدة
امتدادا مزا سبائهم يغمس المشروط بطا اذا ظهر ان الغشاء رقيق والورم مقبب
الى الخارج اما في عكس ذلك فمن الحزم ان تفعل فيه بضعة صغيرة من الخارج
الى الداخل والاولى ان يكون الشق صليبيا او مشععا لا بسيطا ولا بأش

ان تستأصل الاهداب على رأى سيلسوس اذا خيف قربها البعضها ثم يفعل
مثل ما يفعل في خراج واسع بان لا يترك حتى يسد وينبغي ان يدخل الاصبع
الى عنق الرحم ليتحقق بها حالة المهبل فقد اتفق ان مريضة شق منها غشاء
البكارة لاجل هذه الحالة ومع ذلك بقيت متألمة فبحث فيها من جديد فوجد
معها قرب عنق الرحم حجاب حاجر فشق شقاعر ايضا فحصل بذلك البرء التام

(الفصل الثانى)

(فى الامراض التى تشبه بالجل الحاصلة فى الرحم وتوابعه)

الاستسقاء الرحمى فيه الدلالات التى ذكرناها فى الحالة السابقة مع ان هذه
الاتفا الموضعية يصحبها تغير عميق فى الحالة العامة للصحة بحيث لا يمكن الغلط
فى هذا الداء متى حصل ادنى تأمل

والاستسقاء الطبلى الرحمى قد تكسب الرحم فيه حجما عظيما لكن تبقى خفيفة
جدا والهزة لا توجد اصلا والقرع على البطن يحدث رنانة تزيل حالا بجمع
الازتياب

والاستسقاء الرزق المتكيس والاورام الليفية او الاسقيروسية والنمو الغير
الاعتيادى فى المبيض او غيره من توابع الرحم جميع ذلك قد يشبه بالجل الخارج
عن الرحم الا ان هذا العضو لا يحصل له من ذلك الا تغير قليل وايضا فان غيبوبة
العلامات الحقيقية لوجود الطفل والحالة العامة والسير للعوارض تكفى
لتحقيق عدم وجود الجل

واما الاستسقاء البطنى والطبلى البريتونى وانصباب الصديد او الدم فى البطن
والاورام الخمية او الليفية او النمازيرية او الشحمية او غير ذلك من امراض
الاعضاء المحوية فى البطن فهى امراض او اعراض امراض لا تشبه بالجل
الا فى تمدد البطن واما بقية اعراضها فتبعدها عن ان تشبه بذلك فاذا كان
البريتون يتمدد ابغاز علم ذلك حالا بمجرد القرع واما استسقاء الرزق فان السائل
فيه اذا اتجه نحو الجزء الاميل بمقتضى قانون الثقل يعطى للبطن شكلا يسهل
تمييزه عن شكل البطن فى الجل فلا يحصل اشتباه بين هاتين الحالتين وكذلك

الفرق بعيدا ايضا في بقية الاوقات التي ذكرناها نعم هذا التشخيص وان سهل
عند الطبيب الماهر فيما اذا كان الحمل متقدما طويلا المدة الا انه قد يكون عصرا
اذا كان في اول ازمنته كما في الشهر الثالث فلا بد له فانه كثيرا ما اشتبه حينئذ
على بعض الاطباء كما يعلم من المشاهدات قال المؤلف وقد شاهدت حالة اجمعت
فيها معظم علامات الحمل في امرأة عمرها احدى وثلاثون سنة وانتهى حالها
بجأة بخروج محور رطل من مادة مصلية واتفق حصول هذا العارض لها
قبل ذلك ثلاث مرات

(الفصل الثالث)
(في الحمل العصبي)

ربما وقع الاشتباه بمجمله اعراض تسمى بالحمل العصبي او الاختناق (نسبة
للمرض المسمى استرياى اختناق الرحم) وتشاءد على الخصوص قرب سن
الايام في النساء العصبيات القابلات للتمج الغير المتزوجات واللاتي قد دن
اولادهن الاول لكونهن يعذبن بشهوة قوية لتحصيل اولاد اخر من جديد
وكذلك اللواتي يقين عزبات مدة سنين كثيرة ويغلب على ظنهن انهن قابلات
للتناسل من زوج آخر فينقطع خيضهن ويعرض لهن غيابة وقد طعم الاغذية
وتغيرات في الثدي وفي الهضم واحيانا جميع العلامات الرئيسة للحمل وتنفتح
البطن ويزيد الحال بالمرأة حتى انها تحس بحركة الجنين حركة قوية ومن القوابل
من يغش بذلك ويظن انه حمل حقيقي كما وقع ذلك لافاضل الاطباء كدبوة
وارفلا وتكلم روسيل على امرأة كان معها جميع اعراض الحمل من انقطاع
الحيض وعظم البطن واحتقان الثديين باللين والاحساس بحركة الجنين
وخلصت من ذلك كله في الشهر التاسع بتريف حصل لها واصل ذلك عادة لها
في كل تسعة اشهر مدة عشرين سنة ولما ماتت فحبت جثتها فوجد الرحم
في الحالة الاعتيادية وقد شوهد عندنا الآن نظير هذه المشاهدة في امرأة
بالعبيد قال المؤلف واتفق ان امرأة مكثت ثلثي عشرة سنة من عمرها لا ترى
الاولاد ونادى وعمرها اذ ذاك ثمان وثلاثون سنة لم تلع اجهاض كانت تحس به

واخذت انتما حامل منذ اربعة اشهر فرأيت معها اعظم البطن واعراضا
سبباً قوية كثيرة يظهر منها صدق قوله ان كانت تحس بحركة الجنين وحصل
لها سيلان قليل دموي اعترها بسبب حركة عنيفة ثم بعد يومين سكن خوفها
من ذلك ولكن بعد ذلك بشهرين ظهرت اعراض الخوف ثانياً ثم سكن ايضا
وبقي رجاؤها في الحمل حتى تمت الاشهر فعرضت اوجاع الطلق ونودى للولادة
بقايله ملهرة تكمله لفرح تلك المرأة فمكثت ثلاثة ايام وهي في وجع شديد دون
ان ينظم رتقدم للوضع فجنحتها وجستها فوجدت للعنق والرحم كلاهما
في الحيلة الاعتيادية فقلت ليس هناك حل قط وبعد اربعة ايام رأيت البطن
انخفضت مع انه لم يخرج شئ من اعضاء التناسل ورجعت لامرأة صحتها ويقرب
من تلك الملاحظة ما حكاه مورسوم في امرأة عمرها خمس وخمسون سنة
وذلك انه بعد ان احضرت لديها القابلة وجهزت ملابس المولود وجميع ما يلزم
احسنت بالطلق في الشهر العاشر وانتهى جميع ذلك بجروح مياه وبعض غازات
وعندئذ من ذلك امثلة كثيرة تركها خوف الاطالة ولخصت ذلك بفصل فيما
زبدة ما سلف في الحمل الكاذب وتكلمته

(افصل الرابع)

(في اختصار ما سبق وتكلمته ومعالجته)

الحمل انظارى ينشأ اولاً من الاحتباس الميضي لكي لا يطمث وتانياً من عدم
الانتظام في وظيفة الطمث وثالثاً من آفة في الرحم ورابعاً من آفة في البوقين
وخامساً من آفة في المبيض وسادساً من آفة في الاحشاء البطنية وسابعاً من
آفة في الحوض وثامناً من حالة لا يمكن تعيينها وتشتمل على الحمل التوهمي
والاختناقي والعصبي ففي معظم هذه الاحوال بل في كلها يمكن الجس منضماً
مع البحث البطني لذهاب الاختلاط والاستنباه وان كان بعض النساء ممن عيّل
للعمل يجب البقاء على ذلك الغلط ويكره البحث لتحقيق ذلك وبعضهن ممن
لا يريد الحمل بالعكس

ومعالجة الحمل الكاذب تختلف باختلاف النخير العضوي والوظيفي الذي

سببه ولا يمكن ذكرها هنا في هذا الكتاب وإنما ذكرنا أحسن الوسائل
 المناسبة في الحمل الاختناقي أو الوهمي أو العصبي أي الذي ليس معه إصابة
 ماديه في العضو هي الاستحسانات الفائرة التي تكرر كثيرا وتزدهي ذلك
 أن هذه الاعراض للحمل الكاذب قد تبقى في جميع زمن الحمل الطبيعي
 ولا تذهب حتى يضاف لها كثير من الاعراض التي للطلق الحقيقي
 وكما يقع الغلط في بعض الامراض بظننا حلا كذلك قد يقع الخطأ بظن الحمل
 من ضاوا مثله ذلك كثيرة فقد اتفق ان امرأة عولجت مدة شهر في مارستان
 التعليم على ظن ان معها احتقانا كبديا وشفيت دفعة بالولادة في صباح يوم
 واتبر من ذلك حكيم من الاطباء عمل عليها للتلامذة بعض دروس واخرى
 ظن معها مرض في المبيض فتبين انه حمل ولا حاجة لان ذكر هنا الحمل
 الهمي المنسوب لقطع اللحم المسمى مولى ولا الحمل الديداني لان مولى الرحم
 وديده انه اتمامي مستتجبات من العلوق تغيرت طبيعتها وينشأ عنها اعراض الحمل
 الحقيقي وحمل ذكرها مبحث الاجهاض

(التعليم الثالث)
 (في ذكرورة الجنين وانوته)

(القسم الاول)

(هل يمكن معرفة النوع أي الذكورة والانوثة مدة الحمل)

يقال ان النطفة المذكورة تنمو بسرعة اكثر من المؤنثة وزعم ارسطاطاليس
 كبراط ايضا وكثير من القدماء ان المرأة اذا كانت حامله بذكر مبكر معها
 حركات الجنين فان كان الحمل انثى تأخرت تلك الحركات ويقال ايضا ان الحامل
 بذكر تحس من نفسها بالهمة والقوة والانبساط والنشاط والاستبشار وتحيي
 اعينها ويقال تكون عينيها اليمن اخف حركة واسرع ويتلون وجهها ويكون
 نضها قويا متواترا وهضمها سهلا وبالاختصار تتم جميع وظائفها باطلاق اكثر
 في جميع ذلك مما اذا كانت حامل بانثى ويقال ايضا ان مما يدل على ذكورة
 الحمل وجود خط اسمر او اسود على الخط المتوسط للبطن وقوة شديدة وتلون

قوى وارتفاع عظيم في الحلمة وصلابة في الثديين وتورفهما وقوة ضربات
السبا تين وغلظ الاوردة في الجهة اليمنى اكثر من اليسرى قالوا ويندأ تحرك
الجنين فيها من الجانب الايمن بعد الشهر الثالث بخلاف الانثى فبعد الرابع واول
ما يغو الثدي الايمن وسما حلمته واليها يجري اللبن اولا ويدرو ولا يكون اللبن
غليظا الرجا ولا رقيقا لما يباو اذا نظر اليه في الشمس كان كقطرة زبيق او قطرة
لؤلؤ ذات غير مفرطحة وتزداد الحلمة حمرة لاسوادا وتكون عروق رجلها
محيرة لامسودة واذا قامت او مشيت تقدم الركبة او الرجل اليمنى اولا ويكون
الرحم مائلا الى اليمين والبول حاملا في العادة لراسب طوي وعكس ذلك يشاهد
اذا كان الحمل انثى

واظن انه لا حاجة لمعارضة آراء اطباء والنسيولوجيين في مثل ذلك وانما
نقول ان المشاهدة تثبت كل يوم ان العلامات التي ذكروها للذكر نشاهد
في الحمل بالانثى ايضا فالحق ان النوع لا يعلم الا بعد خروجه من بطن امه

(القسم الثاني)

(هل يمكن بالاختيار ان يولد المتجمعان احد النوعين)

وقع اضطراب في هذه المسألة قديما وحديثا قال بقراط المبيض الايمن والخصية
اليمنى موآه في الانسان او غيره يعطيان الذكور بخلاف الايسر ان يعطيان
الاناث وتبعه على ذلك كثيرون فمن بعده بل عليه كثير من اطباءنا اليوم مع انه
لا تجربة تؤيده بل العقل يمنعه كيف يدخل في الرحم منى الخصية اليمنى فقط
او اليسرى فقط حتى يتولد احد النوعين نعم يصح تجربة ذلك في الحيوانات
ذوات الاربع فيزال منها مثلا الخصية اليمنى او اليسرى واما في البشر فلا يرضى
احد بذلك بل ولا يتجرأ سرا احد على ربط الحبل المنوي من جانب مدة الوطئ
وان زعم ديونس ان ذلك وقع في زمنه وبناء على هذا الرأي اشار ميلوط على
التجمعين بان يضطجعا عند الجماع على الجانب الذي فيه نطفة النوع
المراد ومن الاقدمين من ظن ان رحم المرأة ذات قرنين كاليها ثم فبذرة المبيض
الايمن يمكن ان تقف في القرن الايمن اذا احترم المتجمعان على اضطجاعهما

على الجانب الآخر المقابل اعنى اليسر مثلا عند الجماع ولكن هذا امر معدود
 الآن من الهذيان فلا حاجة لنا بمناقشته على انه ضعيف الاساس
 فان لوجلو اس نزع من اثبات الارانب احد الميضيين ولم يمنع ذلك قولنا الذكور
 والاثاث معا وشوهد ايضا في الادميين ان الشخص بعد فقد احدى الخصيتين
 بسبب من الاسباب يولد النوعين معا وعندنا في المراحة من ذلك مشاهدات
 كثيرة منها ما وقف مشاهدا امرأة جاءت باولاد من النوعين من عشرة الى اثني
 عشر فلما ماتت وقطعت رمتها وجد لها مبيض واحد وبوق واحد متعلقان
 بزاوية من زاويتي الرحم وتحولت الرحم فيها الى نصف حجمها وكذلك علماء
 المولادات الثلاث شاهدوا في الحيوانات التي ارحامها ذات فصين امثلة اقترن
 واحد بذكور واثاث في آن واحد

هذا وقد وقعت تجربات تحمل على ظن انه اذا حصل تنوع في القمل الذي
 يقع به التلقيح والتوليد ليهض الهولم والحشرات ينال تولد ذكور تارة واثاث
 اخرى فاهل القرى يظنون انه اذا هب ريح الشمال وكان الفصل جافا باردا
 وتقرب ذكور المعز والنعلاج والبقر لانها كان ما يحصل في هذا التلقيح من
 الاثاث اقل مما يحصل في حالة مختلفة لذلك ويظنون ايضا ظنا قويا بقرب اليقين
 انه لاجل تحصيل الذكور ينبغي ان يعين للتزوي من كان قويا فذلك يحفظون
 عندهم لذلك اقوى الحيوانات واشدها واصغرها سنا وقد كذلك بتجربيات
 كثيرة في التحليل والبقر وانعم نتيجتها انه كلما كان الذكور اقوى كان المنال
 من الذكور اكثر فلا اذا سلطت ذكور ضد أن على قطع غنم مثلا ينال من هذا
 التلقيح ذكور اكثر مما ينال لو سلطت هذه الذكور ثانيا على قطع آخر وينال
 من تسليطها على قطع ثالث اقل مما ينال من الثاني وهكذا لان الذكور كانت
 اقوى وقت تلقيحها القطيع الاول منها وقت تلقيحها القطيع الثاني وهكذا
 وظنوا ايضا ان الادميين المسامح لهم في دينهم بالجمع بين زوجات يكون المتولد
 عنهم من الاثاث اكثر من الذكور عكس من يمنع ذلك كالاوروبيين فان اقله
 ان يكون النوعان عندهم متساويان تقريبا ففي فرنسا اكد بواسون ان نسبة

الاناث للذكور كنسبة خمسة عشر لستة عشر والذي يقرب للعقل ان نوع التولد يكون على حسب حال الزوجين وقوتهم اوقت اله لوق نعم تأيد ذلك يحتاج لبحث جديد ولا مانع من ان ذلك سينكشف بالتجربة والله هو الفتح

(القسم الثالث)

(في تأثير الفصول والثروة على النجاب)

هنا مسألة مهمة تؤخذ من المسألة السابقة وهي هل يتسلطن نوع الذكور على نوع الاناث في البلاد الفقيرة او سنى القحط وفي القرى التي سكانها بالطبيعة ضعاف كسالى مساكين ولاجل تحقيق هذه المسألة ينبغي ان يكشف على الدفاتر المعدة لحصر العالم في المدن والقرى وتقابل الاشياء المتضادة ببعضها وقد فعل ذلك بعض المتأخرين فاككد ان الاناث في البلاد العقيمة الفقيرة اكثر مما في المدن المضافة لذلك وبعضهم ظهر له خلاف ذلك وان النسبة واحدة في البلاد العقيمة والمدن الغنية الجيدة الوضع وبعد ذلك اذا قلنا ان الثروة والفقر لا يؤثران تأثيرا واضحا على نوع الذكورة والانوثة فلا عجب في ذلك لان المرأة والرجل موضوعان حينئذ في حالة واحدة وهذا انما يدل على ان القوة المطلقة لا تكون هنا شرط الازام بدون ان ينقص عظم القوة النسبية للزوجين

هذا ومن المعلوم لكل احد ان التولد يكون اكثر عددا في بعض الازمنة وبعض البلاد واقل في غيرها ولكن الى الان لم يتضح سبب ذلك والذي نتج من تفتيش وليرميس ان الاعياد والشككات والازمنة الاول من التزوج والصيام والحرم ودرجة الحرارة وعرض البلاد والتغذى من النباتات او الحيوانات والسعادة والتمدن والحرية والاطلاق والفقر ومصائب الرعية جميع ذلك يحصل منه تأثير في عدد التلقيح والتوليد واثبت ايضا انه يكثر تولد الاطفال تحت السماء المحمية وفي البلاد التي اقمشرت فيها العلوم والصناعات والحرف والتجارة حيث يكون الحرف فيها تقيما والارض خصبة بخلاف الاحوال المضادة لذلك وان القحط وسنى الغلا يحصل منهما تغير غريب

في حركات تولد القبائل

(الكتاب الرابع)

(في البذرة)

البذرة البشرية كغيرها من بذرات ذوات الندى هي جلة الجنين وجميع ما يتعلق به وقد وسعوا الكلام على شرحها في كتب كثيرة واطن ان اللازم هنا الاختصار

(التعليم الاول)

(فيما يتعلق بالبذرة)

الذي يتعلق بالبذرة هو الاغشية والمشيمة والحبل السرى والحوصلة السرية والحوصلة المحقية والسائل الامنيوسي ولما كانت هذه تختلف في الحمل البسيط والمضاعف والخارج عن الرحم كان المناسب دراستها في تلك الاشياء على التعاقب

(الباب الاول)

(في انواع الجنين في الحمل البسيط)

(القسم الاول)

(في الاغشية)

غلاف البذرة مكون من ثلاث طبقات متحدة المركز الغشاء الساقط والسلي والامنيوس اى المصلى فالاول مجهز من اعضاء تناسل المرأة والآخران ينسبان للبذرة

(الفصل الاول)

(في الغشاء الساقط)

هذا الغشاء وجوده واضح في جميع ازمدة الحمل وتحققه المشرجون الانهم لم يفتحصوا عن توضيحه حق الافصاح تكوي نه باحياء النطفة يحدث في الرحم تنبها مخصوصا يتبعه افراز مادة قابلة

للتجدد وتتحول الى جيب مملوء بسائل شفاف او وردي قليلا واذا لامس
 هذا الغشاء سعة جدران التجويف الرحمي امتد احيانا حتى يدخل في اصل
 البوقين والاجزاء العليا من العنق على شكل احبال اوسدادات والثقب
 التي ذكر هتير وغيره انهما تشاهد في هذا الغشاء حذاء البوقين والعنق لا توجد
 في الحالة الطبيعية * فالبذرة بعد ان تجتاز البوق تضغط على الغشاء الساقط
 لتزلق بينه وبين الرحم وتنتهي بان تلتصق بسطحه الباطن وعند ذلك يوجد
 الغشاء مكونا من جزئين احدهما اكبر ويغشى جميع باطن الرحم ماعدا المهل
 اللامس للمنطقة ويسمى الساقط الرحمي او الظاهر * وثانيهما اصغر مضغوط
 بالنصف السفلي للعوصلة الملتفة التي يلفها ويسمى بالساقط المنعطف
 او الباطن او فوق السلي وسعة الاول تزيد بزيادة سعة الرحم وعظم الثاني يتبع
 نمو المنطقة ولذلك يكون التجويف الفاصل لهما اعظم كلما قرب الى الازمنة
 الاول من الحمل

هيمته * الساقط الرحمي يحفظ سمكه العظيم سيما ما جاوور المشيمة منه الى آخر الحمل
 بخلاف الساقط المنعطف فانه يرقى بطيئاً بحيث يكون في زمن الولادة احيانا
 في غاية الرقة جدا فاحدهما بدخوله في الآخر ينتهي بان يلامسه نحو الشهر
 الثالث مثلا ثم ان هاتين الورقتين يبقيان متلامستين لاما قويا وضعيفا الى
 خروج المشيمة لكن بدون ان يختلطوا وان قال بذلك هتير وغيره فقد علم ان هذا
 الغشاء يكون للبذرة كالصفاق الصدري بالنسبة للرئين وكالغشاء المصلي
 التاموري بالنسبة للقلب وقال هاتان ان سمك هذا الغشاء نصف خط ولونه
 ابيض مصفر وقوامه رخوي انتهى ووجهه الظاهر غير متساو وذو مسام
 وبعلامته لباطن الرحم يغطي السلي الى دائرة المشيمة لكن لا يطول اولا
 على وجهها الاسفنجي والنصافاته يباطن الرحم ضعيفة وتكون بواسطة
 خيوط مخاطية يسهل تمزيقها وليست اوعية ولا اعصابا والتصاقه بالسلي
 يكون متينا كما تقدم فهو بالبذرة في الشهرين الاولين يسهل تخليص البذرة
 من الكيس المتكون من الساقط المنعطف اما فيما بعد ذلك فان الخيوط

الكثيره التي تغطي البذرة عادة تلتصق التصاقا ملبا بالساقط المنعطف بحيث
يغير فصلها بدون تمزق

ووجهه الباطن لكونه مندى بسائل يكون فاعما كما أنه مفروش بغلالة خلوية
وان كان في الاصل خشنا فاذا زال السائل ولامست الطبقة المنعطفة الطبقة
الرحيما اكتسب هذا الوجه حالا صفات السابق والسائل الذي يلا تجويف
الساقط ليحفظ تباها الصفيحتين يكون احيانا صافيا جدا لكن الغالب
كونه محمرا لزجا يشبه الزجاج الذائب او زلال البيض ويتكون في المحل الذي
ينتهي فيه الساقط ليغلف البذرة دائرة يكون منظرها اولا ككتيبة مستديرة
باتظام ~~كثيرة~~ قليلة قليل ثم بعد ذلك تتحول شيئا فشيئا الى حافة رقيقة حادة
وتنتهي بان تتصل اتصالا واضحا بدائرة الكتلة المشيمية

او عينه * زعم من كتب على هذا الغشاء انهم وجدوا فيه اوعية كثيرة وبموجب
ذلك يكون عضويا قال المؤلف وانا اظن خلاف ذلك اذ ليس فيه صفات نسيج
حقيقي في جميع ازمته الحمل وبسهل نأ كيد حالته الغير الالية بان يبحث عنه
في مشيمة طرية نغم فيه بقع محمرة نجمية او خطمية دموية اظن انها هي التي
ظنوها اوعية في سمكة

منفعة * ظنوا ان منفعة تغذية الجنين في الاسابيع الاول لكن يكفي رد ذلك
ان الجنين السري يتدغم دائما في الجزء من البذرة الغير المحاط بهذا الغشاء
وذلك يدل على انه لا دخل له في تغذية الجنين في الايام الاول فنفقته انما هي
تثبيت البذرة الملتصقة في محل ما من تجويف الرحم

(الفصل الثاني)

(في السلي)

يقال له خوريون وهو موضوع بين الساقط المنعطف والامنيوس فهو الغلاف
الظاهر للبذرة قبل دخولها في الرحم وهو في الاجتهاد يمكن معتما وفيه مقاومة
ومنظره في اليوم العاشر الى الثاني عشر يكون حوصليا خليا او كحوصلة صغيرة
شفافة وسطحه الظاهر خالص من الالتصاق محبب في جميع سعتة بمحبوب

تكون

يكون على التدرج اظهر في محل نمو المشيمة امل في غير هذا المحل فينتهي حالها
 بان تزول بالاكسية كذا قال هتان وسطحه الباطن مملوءة بسائل صاف لزج
 وظنوا عموما ان الحمل المغطى للسطح الظاهر من طبيعة وعائية قال المؤلف
 وقد ثبت خلاف ذلك منذ بعض سنين فان تحله يشاهد قبل ان تمر القنوات
 الدموية للحبل السرى فالى غاية الاسبوع السادس كل ندفة عظمها اقله
 مثل عظم وعاء من الاوعية السرية بحيث ان عدد هذه ثلاثة ويعسر ان يتولد
 عنها تلك الاوعية الخالية التي هي كثيرة العدد جدا وهي غير مستطوقة ببعضها
 بل منتشرة بانتظام على سطح البذرة كله واما الحبل والمشيمة فلهما اتصال
 بنقطة من هذه الحوصلة وجميع المشرحين مع غاية اجتهادهم لم يثبتوا ان هذا
 الحمل بحرف او وعاء او خيوط خلوية صلبة وانما هي اجسام صغيرة اسفنجية
 ذات خلايا لا قنوات

سمكة * تتحقق من مشاهدات هذا الغشاء والتأمل فيه في جميع ازمنة الحمل
 انه شفاف رقيق كله مواء على المشيمة او في موضع آخر وليس مكوونا
 من وريقات كما زعم البعض وانما كان الحمال عليهم مضطربا في غشاء لم يفضل
 منه جيذا الغشاء الساقط وقال هتان ان هذا الغشاء في لحظة الولادة يصير
 رقيقا شافا قليل المقاومة ملتصقا بالغشاء الساقط وبالامنيوس وبالمشيمة في
 المحل المحاذي لها وبعد ان يغشى الوجه الجنيني اى الباطن للمشيمة ينكس على
 الحبل السرى فيكون له غمد ايضا حبه الى سرة الجنين وهنالك يختلط بادمة
 الجلد وتركيب هذا الغشاء ليس جيدا المعرفة غير انه وان لم يصح نسبته للجلد
 ولا للفضل ولا لاورتار العريضة ولا للبريتون لكنه يعسر ان يشك في طبيعته
 الخلوية وان تذكر مشابهته للاغشية المصلية حيث توجد فيه صفاتها
 الطبيعية والفيسيولوجية ولم يشاهد في منسوجه اوعية ليفاوية ولا اعصاب
 بل ولا اوعية دموية واما ما يوجد عند فصله عن الساقط المنعكس من الخيوط
 الكثيرة التي غمر من احد الغشائين الى الآخر فليست اوعية وانما هي اثر الحمل
 البذري

(الفصل الثالث)

(في الامنيوس المسمى بالفايني)

هو بطن الاغشية للبذرة وهو ملمس شفاف منفصل عن الجنين بسائل يسمى ماء الامنيوس ويلتصق بالسلي التصاقا خفيفا بواسطة خيوط او صفائح مخاطية تغطي وجهه الظاهر وفي الايام الخمسة عشر الاول من الحمل لا يتصل بالجنين مباشرة الا بالطرف الجنيني لحبل السرى ثم بعد ذلك بقليل ينقطع على ذلك الحبل ايمكون نمد الله ويلامس السطح الباطن للسلي وتبقى هذه الحالة في الغالب حتى تنوجد ران البطن كلها اما قبل ذلك فلا يكون هناك اتصال بين الامنيوس وبشرة جلد الجنين اما بعد ذلك فيحصل ذلك الاتصال كما قال بذلك القدماء بل ظن الطبيب موندني في زمننا هذا انه كما يتصل بالمشيمة يتصل ايضا بالصفقات البطنية قال المؤلف واثبات ذلك عنصري وقد نتج من ذلك ان الامنيوس لا يلامس الوجه الباطن للغشاء الجنيني اعني السلي في جميع اذوار الحمل خلافا لما ظنوه عموما بل يبقيان منفصلان عن بعضهما مدة من الزمن والمسافة بينهما تكون في الابداء عظيمة بالنسبة لتجويق السلي وتكون اعظم من الكيس الامنيوسي نفسه في مدة الشهر الاول وكما اعظم الامنيوس اخذت في التناقض بحيث انها في تمام الشهرين تساوي تقريبا المسافة الفاصلة للجنين عن الامنيوس ثم نحو الشهر الرابع والخامس تكاد ان لا توجد بالكلية ولا يوجد في هذا الغشاء اوغية بل من عدمها هنا اكد عدمها في الغشاء السابق ولاخل بخلاف السابق

(الفصل الرابع)

(في ماء الامنيوس)

الغشاء الامنيوسي يحتوي سوى الجنين والحبل السرى على سائل يسمى ماء الامنيوس او ميااء الامنيوس او السائل الامنيوسي او سائل الفاييني ففي الابداء تكون تلك المياه طبقة قليلة السبك ثم تأخذ كميته في الزيادة بسرعة الى آخر الشهر الثاني عندما يلامس الغشاء الباطن للبذرة السلي وفي الشهر

الثالث يزيد وزن السائل عن وزن الجنين اما عند الولادة فيزيد وزن الجنين عن وزن السائل الذي يسبح فيه بحيث لا يحتوى الغشاء الا على مقدار من رطل الى رطلين ومع ذلك ليس من الضبط ان يقال ان كمية هذا السائل تنقص من وسط الحمل الى وقت الوضع بل المحقق خلاف ذلك وانما تزيد الى الآخر لكن بنسبة اقل عما في ابتداء الحمل ولذلك يشاهد فيها اختلاف كثير فبديل ان تكون وطلا تكون اربعة وقد تكون عشرة ارطال وقد تكون بعض اواق وكثيرها تكون في الغالب على صيل التعاكس لقوة الجنين وحجمه وقوة بنية المرأة فالجنين الذي وزنه خمسة ارطال مثلا يسبح في كمية من رطلين الى اربعة اما الذي وزنه ثمانية ارطال او تسعة فانه يسبح في رطل من الماء

ورائحة مياه الامنيوس مغمية فيها كما قال بعض المؤلفين بعض شبه برائحة المني وبالجملة فهي تشبه تقريرا رائحة التي تتصاعد من بطون الحيوانات المذبوحة وهي دسمة الملمس اكثر قواما من الماء النقي صافية كالسائل المصلية البسيطة او مصفرة قليلا او مخضرة واهيا ناكرون لبنية او منعكسة مخلوطة بندف زلالية او سنجابية او صفرا بل مسودة ايضا وطعمها فيه في آن واحد عذوبة وملحية قليلة وفي بعض الاحوال يكون حريضا قابضا بحيث يكره جلد اصابع الطبيب اذا وضعها في المهبل او في الرحم بعض ثواني واما تركيبها فلم يعمل الى الآن في مياه النساء وانما عمل في الحيوانات فوجد فيه ماء خالص وزلال واملاح من املاح الصود والكلس وحض قثوريك وبعضهم وجدوا كسجينيا خالصا وهواء جويافي حالة اختلاط ثم علم بعد ذلك ان ما خزنوه هواء كان غازا مركبا من الحمض الكاربونيك والازوت

ثم اختلف القسيولوجيون فقال معظمهم ان هذا الماء آت من الام واسس ذلك على بعض تجربات منها انهم حقنوا الوعية الرحم بماء فارتفع شاهد وارتفع السائل على السطح الباطن للامنيوس ومنها انهم رأوا في الماء رائحة الجواهر التي استعملتها الام ولونها بل وطبيعتها ومنها انهم زعموا وجود اووعية بين الرحم وغشاء الجنين وبعضهم قال انه آت من الجنين ولا سيما من الاوعية

المشيمة ويظهر ان شوسيميه وبكلاروم كيل قرروا رأيا معترجا من الرأيين
ولعل ذلك منهم جمع بين القولين * والذين نسبوه للجنيين جعلوا ينبوعه نارة
العرق او التنفيس الجلدى الغير المحسوس والا فرار البول ونارة في الغدد
اى الاجسام المخصوصة بالمشيمة ونارة في اوعية زعم رويدش وهاليو غيرهما
انهم شاهدوها بين صفائح الامنيوس والذين نسبوه للام قالوا انه آت من
التضاعد في باطن البذرة قال المؤلف واظن انه لا منفعة في معارضة هذين
الرأيين وانما يكفي ان نذكر ان ليس هنالك اوعية بين الرحم والغشية وان
الغشاء الجنى اى السلى منفصل عن الرحم بطبقة غير آلية هو الغشاء الساقط
وان الامنيوس اى اللغافى لا يلامس الوجه الباطن من السلى مدة اكثر
من شهر مع ان الكمية النسبية للسائل الامنيوسى تكون عظيمة في الزمن
الاول من الحمل بحيث يظن انها ناشئة من الجنين مباشرة فهذا كله يدل على
ان ماء الامنيوس آت من التصعد او التبخير كالمادة المصلية من البليورا
والتسامور والبريتون والعنكبوتية او كالزلاية الآتية من الانغداد الوترية
او من المفاصل وان هذا التنفيس لا يحتاج الى قنوات مخصوصة نفعه وانما هو
تدبير حيوية خالصة واما المادة الغروية والمنظر الكدر والندف المصفرة
او المخضرة التى شاهدوها في ذلك الماء احيانا فلا تنسب له بوجه من الوجوه
وانما هى اجزاء من العقي او الطلاء الدهنى للجنيين او الحوصلات التى توجد
في الابتداء بين الأغشية

ومنفعة هذه المياه هى اولا انها تعين على تحريك الجنين حركة ذاتية وقسرية
فان بدونها يصير مضغطا بالرحم من جميع الجهات فيعسر نموه * وثانيا انها
تفصل الأغشية عن بعضها وتمنع ملاصقة اصابع الجنين لبعضها فلا يحصل
بينها التصاق وتمنع ايضا التصاق الساعدين والساقين والفخذين بالصدر
او البطن كما شوهد ذلك في بعض احوال الحمل المزدوج * وثالثا انها تحفظ
الجنين من المصادمات والوثبات التى تحصل للام ولا سيما الرحم فتحفظ هذا
السكائن الصغير من كل ضغط وتكون له كحمام فاتريعين على دورة السائل فيه

وتسهل به الانقياد لقوانين الثقل وورابعا انها تحفظ الاغشية متباعدة
والرحم متدعة وبه يرافقها طحال الحمل السرى من السطح الظاهر للجنين خفيفا
لطيفا وخامسا انها تعين على اتساع العنق وقت الطلق اذا دخل جيب المياه
فيه وسادسا انها بعد انقباض الاغشية تدعى اعضاء التناسل وترخيا فيكون
جروا الجين منها سهل واقل ايلاما وسابعا انها تصير الحركات ابسط واقل
ايلاما اذا اضطر لادخال اليد في الرحم

(القسم الثاني)

(في الحوصلتين)

(الفصل الاول)

(في الحوصلة للسرية)

الحوصلة السرية عضو كان مجهولا عند القدماء ولحق المتأخرون بالكلام
فيه ففهم من جزم بوجوده ومنهم من نفاه ومنهم من قال انه من التفسيرات
الموضعية ومن ذكره لم يشرحه شرحا تافيا حتى تجزم به الفسبول ويقيمون جزمها
كافيا ولقد لغز في شرحه عالم نيساوى يسمى ميري وقال انه يوجد الى وقت
الموضع وان قنانه لا نصير قابله لان يجري فيما شئ الابد الاسبوع الرابع من
الحمل قال المؤلف وقد تحققت من مشاهدتي انه يوجد في النوع البشري
الى الاسبوع الثامن ومن لا يره من علماء المولذات الثلاث فذلك لكون مجتمهم
انما كان بعد زواله اما بسبب التقدم الطبيعى للعمل او من تمزق الاغشية وقت
الاجهاض او من آفة مرضية او من فساد الاجزاء الداخلة في تركيب البذرة
او من عدم الممارسة على مثل هذا البحث الدقيق ولقد شاهدته في حالته
الطبيعية ثلاثين مرة من بحثي في نحو ما في جنين قبل تمام الشهر الثالث
هيئة هذه الحوصلة وتعرف بها هي كيس صغير كثرى او كرى او قريب للكربية
حجمه نحو اليوم الخامس عشر والعشرين من التلقيح يكون كبسلة اعتيادية
فيكون قطره من خطين الى ثلاثة خطوط فيقرب للعقل انها تابخ اعظم افطارها
في الاسبوع الثالث او الرابع اما بعد شهر فتشاهد صغيرة عن ذلك فاذا رجعت

التي حجم حبة كزبرة وذلك يحصل غالباً نحو الاسبوع السادس او السابع انقطع
فالبنا تناقصها فتتقرطح ولا تزول بعد ذلك الا يطئ وقد تزول بالكلية في الشهر
الثالث وقد تبقى الى الرابع او الخامس او السادس

وضعها هي موضوعة دائماً بين السلي والامنيوس لانهما بين السلي والخشجة
ولا في اصل الحبل السري كما نرى بعضهم وقرب اليوم الثلاثين او الاربعين
تحات بالحسم الشيكى اى الطبقة الزجاجية ثم بعد ذلك تفتشق بالوجه المظاهر
للانميوس او بالوجه الباطن للسلي فتظهر حينئذ كانهما محوية بين وريقات
احدهما بين الغشائين وهذا هو ما يشاهد غالباً قال المؤلف مع انى شاهدتها
خالصة بالكلية على البذرة في شهرين بل في ثلاثة

والعنق الذي يربطها بالجنتين يختلف باختلاف ازمة الحمل قال المؤلف
وما وجدت طوله الاعتيادى في غاية الشهر الاول اقل من خطين ولا اكثر
من ستة خطوط وفي هذا الدور من نموه يكون سمكه ربع خط وفي اختلاطه
بالحوصله يحصل فيه هيئة اقراص قبي الشكل واما من جهة البطن
فلا يعرض ولا يتسع ولا يضيق بكيفية محسوسة واما اتصاله بالقتلة المحوية
فمحقق الا ن في نوع الانسان وقبل تمام تكوين البطن يظهر كانه مقسوم
الى جزئين بالانميوس الذى كانه نافذ منه او ناقب له احدهما يكون بين
السلسلة الفقرية والنقطة التي تصير فيما بعد محلاً للسرة وثانيه ما يبقى من
المظاهر بين الانميوس والحوصله وبعد الشهر الاول تستطيل هذه القنات
وتستدق تدريجاً وجزؤها السرى يغيب في الحبل ولا يمكن تتبعه للبطن
وربما كان طوله الى نصف قيراط بل الى قيراط او قيراط ونصف ومتى شوهدت
الحوصله بعيدة بمسافة كبيرة عن اصل الحبل السرى فذلك ناشئ ولا بد
من انقطاع عيقها بسبب الجذب الذى تفعله الاغشية فيه طبيعة اذ ابتكر
في تلك الاجزاء التصاق بعضها ببعض التصاقاً قوياً فبلى حسب كون هذا
التزق سريعاً او بطيئاً والاتصاق قوياً او ضعيفاً والحمل متقدماً كثيراً
او قليلاً يكون بعد الحوصله عن الحبل السرى ثم الى اليوم العشرين

او الثلاثة يبقى هذا الساق مجرّفا ولا بد ثم يفسد بعد ذلك في زمن غير ثابت
 لكن الغلاب ان يكون ذلك بعد الاسبوع الخامس وينتدأ الانسداد من السرة
 آخذ نحو الحوصلة كلما كمل الحبل * ووجد ان الحوصلة ممتدة سمكة فيها
 مقاومة بحيث يصغر تمرقها قال المؤلف وما رأيتها مرة لاكثرها شيعة من قبة
 اغشية الجنين الا ان يكون الترقيق اعترافا فيما سبق بسبب مرض اصابعها
 او حر كات ميخا نكية حصلت فيها * واذا كانت الحوصلة ممتدة كانت ملصقا
 منتظمة فان كانت فارغة كانت ذات غضون ويكون لونها مصغرا لكن
 قد يكون هذا اللون ناشئا من السائل المحتوية عليه

والعروق الشريانية والوريدية يشاهد بالحس نوزعها فيها قال المؤلف
 وكما شاهدتها في سمك جدران القناة السرية المعوية شاهدتها ايضا في جدران
 الحوصلة نفسها حتى الاولى تكون شبكة جميلة يسهل تتبعها بدون تحفيز
 مخصوص حتى بالعين وفي النامية ترجع الى جذع عن دقيقين على جانبي الحوصلة
 يأخذان في الفاظ كلما قر بالبطن والاولى في هذه الاوعية المعروفة بالسرية
 المائية رقيقة ان تسمى بالحوصلية ولا تذهب تلك العروق لجذع الوريد والشريان
 المسارينيين الطويلين كما زعموا وانما تذهب حسب مشاهداتي حتى تنضم مع
 الجذع وروى الرتبة الثانية والثلثة لهذه القنوات الغليظة وسما القروى التي
 تنوزع في الاوروك كثيرا ما تتبعها في تجويف البطن باقعة من حلقة السرة
 الى اصبع او اصبعين على الحبل السري في اجنبة ذات ستة اسابيع او شهرين
 او ثلاثة وانما في هذه الازمنة تنهى بان تقدر في المنسوج الاسفنجي للسياق
 السري قبل ان تصل للحوصلة وقد وصلت الى حقها مرات كثيرة فكان حجمها
 كشعرة غليظة فهي عموما دقيقة جدا بحيث يسهل تمرقها اذا بحث ما فيها
 بدون احتراس

ثم ان هناك ادلة كثيرة تدل على مشابهة المادة الحوصلية لمخ البيض
 اى صفرتها قال المؤلف وقد شاهدتها مرة في حالة لا يظن حصول تغير لها
 فكانت صفراء كالحلة وبموجب ذلك تكون ممتدة وكانت في قوام مستحلب

فيه بعض سموكه وتختلف من جميع الوجوه عن المادة المصلية بوعن غيرها
من المواد الالية ووجدتها احيانا كثيرة مولة وصفا واحيانا اصبحت
اصفرارا ونحشا وفي احوال كثيرة تكون مركبة من جسم متجمد منعقد
يشبه صغار البيض المشوي وذلك الجسم يسبح في وسط مائلي فيه تاون فيلزم
بموجب ذلك ان نختار ان هذا الجوهر غذائي معظمه كدهن شبيه بالدهن
الذي يقوم منه السائل المحي لبيض الدجاج

منفعة الحوصلة * من الواضح ان منفعتها تغذية الرسوم الاول الجنين وتظهر
انها تجهز ذلك لنمو العلقه حتى يتكون الحبل والاوعية السرية او تقول
وهو الاحسن حتى تكون البذرة موضوعة على السطح الباطن للرحم قبرا المواد
من اعضاء المرأة الى اعضاء الطفل فلا تكون الحوصلة اذئذ لها فائدة فالباقي
من العروق البشرية يكون من زمن التلقح الى ان تلامس البذرة السطح
الباطن للرحم بدون واسطة شبيهة ببيض الطيور فهو من حيث انه يكون
في الابتداء سائلا كالبيضة غير متعلق بشئ من اجزاء الام يلزم ان يبيض له جسم
ليحمل له ما يحفظ حياته نهاية ما ينهم لمن الفرق ان هذا الانتظام في الجنين
وقتي غير مستدام زمانا طويلا واطفى البيضة فيدوم الى وقت الفقس

(الفصل الثاني)

(في الحوصلة الحقيقية)

تكرر اثبات وجود هذه الحوصلة في النوع البشري وفيه مرات كثيرة
في الازمنة السالفة ومعظم المؤلفين الآن على نفيها والذين شرحوها اشتبهت
عليهم بجسم آخر لا ينبغي اشتباهه به والغالب ان ذلك الجسم كان هو السلي
الذي استمر مدة طويلة مختلطا بالغشاء الساقط فلندكر ما تحقق لنا وجوده
مما تقوم منه هذه الحوصلة

الجسم الشبكي * في البذرة التي لها تقرين عشرين يوما تكون المسافة الفاصلة
للامنيوس عن السلي مملوءة كلها بجوهر فطري اصفر مضي يزد فخنة
كلما قرب الحمل اند غام للساق السري ويظهر انه مكون من خيطة كثيرة

وصفايح مهيشة بدون انتظام بحيث يقوم من ذلك جسم شبكي
وقد وجد في بذرة لها ثلاثة اسابيع او اربعة تحت السلي حالاً منسوج ايض
كالخ رقيق جداً سهل تمزقه كاي سهل تمزق الشبكية وكان مملوءاً بمجهر
كمستحلب او كقشطة ايض مصفر كأنه محبب من طبيعة واحدة ووجهه
الباطن فيه خيوط وصفائح وزوائد كثيرة تتصلب من جميع الجهات
كما يحصل ذلك في الطحال والخصيتين والاجسام المجرى والغشاء الزاجي
وهذه الخيوط بمرورها في المادة البيضاء السائلة سيولة خفيفة لتلتحق بصفايح
ثانوية تلامس بدون واسطة جميع سطح الامنيوس والحوصلة السرية
وعنيقها وقد عزلت اهداب من هذا الكيس وغمرت بالماء وغسلت فكان
منظرها شفافاً شفافاً نامة وكانت ارق من الامنيوس

وبالاختصار هذا العضو الجديد كيس من ذوج الوريقات منطبق على تجويف
السلي ودخل في الحوصلة السرية والامنيوس كهيئة الاغشية المصلية
وباطنه مكون من شبكة حقيقية متسعة الحلقات وغير متساوية يسكن فيها
السائل المستحلب وهاتان الوريقتان متباعدتان في جزء عن بعضهما باكثر
من ثلاثة خطوط وبأخذان في القرب شيئاً فشيئاً متجهتين نحو اصل الحبل
السري قال المؤلف ويظهر انهما قرب البطن يحتاطان ببعضهما غير ان دقهما
منعني عن ان احقق العضو الذي يتصلان به من الاعضاء البطنية

المادة الزاجية * يوجد بين السلي والامنيوس من الاسبوع الخامس
من العلوق الى آخر الحمل طبقة شفافة لالون لها اوصفر آء مخضرة قليلا
وايست مصلية بسيطة وانما هي صفحية على هيئة الجسم الزاجي ويتناقص
سمكها كلما زاد نمو غير هامن الاغشية وكية السائل المحتوية عليه صفائحها
بالعكس اي تكون على طريق التعاكس لتقدم الحمل واذا استرقت انتهى
حالتها بان تكون طبقة ابائية من طبيعة واحدة وبان تتحول الى طلاء هلامي
او مخاطي يزول بنفسه بالسكاية في كثير من النساء قبل زمن الولادة وكثير
من هذه الصفائح يختلط بالامنيوس خصوصاً قرب اصل الحبل السري

ومثل ذلك يحصل ايضا بالنسبة للسلى لكن على سبيل النذرة وبذلك يتضح
 لك ما يشاهد من ان الحوصلة السرية المشاهدة بعد الاسبوع من ظهورها
 تكون في الغالب كأنها موضوعة في دائرة من وريقات الامنيوس والسلى
 وهذه المادة تشغل محل الجسم الشبكي وتتصل ك هذا الجسم بالجوهر
 الهلامي للجيبيل السري لكن هل ليست من تعلقات الكيس ذى المسام الذى
 سبق ذكره اعني الجسم الشبكي اولى است الاتساع فيه والثانى اقل ما يكون
 انه قريب للعقل

ثم قال المؤلف وقد شاهدت في ذوات الثدي ان الاوركوس بعد ان يمر في الجيبيل
 السرى ينسط على هيئة منسوج ناعم ذى مسام ك كانه غريالى وينتهى
 بان ينضم انضماما قويا بالوجه الهادى له من الاغشية الموضوع هو طبيعة
 منها وفي هذا الغشاء يشاهد في ازمئة اخرى كرات من مادة دسمة منعقدة مشابهة
 للسائل المخاطى الذى يسيل من فرج الخيل عند الاحتراق الشهوانى ولما كانت
 المثانة منقحة في باطنه ك كانت المثانة ولا بد جزأ من الحوصلة السجقية
 فاذن يوجد بين الكيس المسمى بالحوصلة السجقية في ذوات الثدي والجسم
 الشبكي الذى كسفته في النوع البشرى مناسبات عديدة

منفعة الحوصلة ك قالوا انها معدة لان تحتوى على بول الجنين واسس وان ذلك
 على اتصالها بالمثانة في البهائم وعلى الطعم الملحى للسائل الذى يوجد فيها
 وعلى راحة البول المنتشر من هذا السائل قال المؤلف واظن ان هذه الادلة
 لا تقوى هذا الرأى حتى في الحيوانات التى تلد اولادا احيانا فان الراححة
 البولية صفة برهنية لا يتعلق بها عظيم اهتمام ك كذا الطعم المالح فانه يوجد
 ايضا في ماء الامنيوس فالجسم الشبكي في الانسان سواء قلنا انه هو الحوصلة
 او عضوها فان لها وسواء كان متصلا بالمثانة بواسطة قناة او غير متعلق بها
 رأسا لا يصح ان يظن تشبيهه بالسائل البولى وانما وظائفه على رأى كالحوصلة
 السرية هي تغذية البذرة في الايام الاولى وهل يجنب لنمو بعض اعضاء على
 الخصوص او بعض اجهزة مخصوصة ليس عندنا الا ان ما يحقق شيأ من ذلك

فالتنظر مشاهدات جديدة توضع ما ذكر وانما ينبغي ان تنبه هنا على
 اني وجدت الوجه الباطن لالهداب التي كنت قلبتها للبحث فيما مغطى بطبقة
 ملتصقة من مادة قشطية محوية في باطنه واذا بحث فيه بالمكر سكوب وجدته
 منظر خفي فعلى مقتضى تلك الخاصة المزروجة يقرب للعقل ان مادة الجسم
 الشبكي منفردة من جدرانه المخصوصة واقول ايضا ان هذه المادة تحتفظ
 منظرها الندي وهيئة الزيت المستحلب وصفات الجوهر المغذى حتى تثبت
 البذرة في الرحم وبعد ذلك تزول بسرعة ويختلفها في محلها الطبقة الزلاية التي
 تبقى زمنًا طويلا

(الفصل الثالث)

(في الحبل السري والمشيمة)

(المبحث الاول)

(في الحبل السري)

الحبل السري ساق يحصل به ارتباط بين يطن الجنين وأغشية البذرة من
 ابتداء الحمل الى نهايته

اقطاره الغالب ان طوله لا يختلف وقد يزيد قليلا زمن الولادة عن طول
 الجنين اعني من خمسة عشر قدرا الى عشرين وشوهد ما طوله اربعون قدرا
 وثمانية واربعون واربعة اقدام وخمسة وستة وشوهد ايضا قصره بحيث كانت
 المشيمة ملاصقة للجنين ونزلات معه وشوهد طوله فيما فوق ذلك الى الطول
 الاعتيادي غير ان هذا القصر الزائد والطول الزائد نادرا ان قال هتان واذا كان
 الحبل صغيرا كان مشدودا طول مدة الحمل وذلك بما سبب تمزق العروق
 السرية وانفصال المشيمة وبما سبب هذا العيب عند الولادة انقلاب الرحم
 اذا كان القصاق المشيمة قويا واذا كان الحبل طويلا جاز ان يتكون منه لفات
 حول العنق تضيق احياها فيقتل الجنين وسنرجع لذلك فيما بعد واما غلظه
 فتارة يكون غليظا وتارة يكون دقيقا والعمادة ان يكون في غلظه الخنصر
 وشوهد ما كان غلظه كالذراع غير ان ذلك ناشئ من كون منسوجه الاسفنجي

محققا بالسائلات * واما دقته فمن جفافه وقد ينشأ ذلك ايضا من اختلاف
سمك او عينه او انما لها * واما تعقده فهو وان كان املس مصقولا كالا سطحة
المصلية الا انه في النوع البشرى يكون متعقداتارة يعقد حقيقة بسيطة
او مركبة وتارة وهو الغالب تكون ثنيات او عرى وعائية شريانية او وريدية
وتنشأ من حركات الجنين وتحصل بكيفية حصول العرى السرية التي
توجد احيانا حول الرقبة والاطراف او غير ذلك من اجزاء الجنين وقت الوضع
والغالب انه لا يحصل منها تكدر في الدورة حتى قال بعضهم ان ثلاث عقد في
حبيل لا تمنع نفوذ مادة الحقن للمشيمة ولكن شوهد ان عقدة واحدة صلبة
تسبب عنها انسدادا لاوعية وموت الجنين * واما الثانية المعروفة في جميع
الازمنة وهي العرى لخصولها من الاوردة اكثر من حصولها من الشرايين
على رأى هرفيسه وبالعكس على حسب بحث المؤلف وغيره قال ديونس فاذا
حصلت من ثنيات وعاء او اكثر من تلك الاوعية كالعقد الدالية في اجزاء اخر
من الجسم افادت الحبيل قوة عظيمة وكانها تستخدم بمثابة التقاطع الوترى الذي
في العضلات المستقيمة البطنية ويمكن ان توجد منها واحدة او اكثر في حبيل
واحد وزعم بعض القدماء ان من عدد هذه العقد وبعدها وقربها بعضها
ولونها يمكن ان يعرف عدد ونوع الاجنة التي تأتي بعد والمسافة التي تفصل
بينها لكن هذا غير ثابت مع ان العامة لم تزل تعتقده وهذه العقد وان لم يحصل
منها غالب تكدر في دورة الدم السرية المشيمية الا انها اذا كانت كثيرة منحصرة
وكانت على زوايا حادة جدا فانها تتعب الدورة

نخل الاندغام * المهمل من البطن المندغم فيه الحبيل السرى يكون ابعد عن
الصدر واقرّب الى العانة كلما كان الحمل اقل تقدما وعند الولادة يكون
عابا على رأى شوسيبه وغيره في وسط المسافة التي بين قمة الرأس واخص القدم
والعادة ان ينتهي الحبيل في مركز المشيمة نعم شوهد احيانا ثبته قرب دائرتها
في الحالة الاولى فتفرج الفروع المكونة له لتنفرش على غلاف البذرة
وفي الحالة الثانية لا يندر مشاهدة زحفها بين الاغشية زمن اطول ولا قبل

ان تنفى في اجسم الحاصر للمشيبة وهو وان كان متساوي الحجم في جميع طوله
احيانا الا انه قد يكون ادق في اصله منه قرب البطن وقد يكون العكس
نحوه ذكر ان قدما ان ابتداء تميز الحبل السرى يكون بعد الشهر الاول
من الحبل واسسوا ذلك على مشاهدات كاذبة ومشاهدات غير صحيحة
قال المؤلف ولقد شاهدت الحبل في اجنة سنهم اقل من ذلك كاثني عشر يوما
وخمسة عشر ونحو ذلك ورأيت ابعاده فيهم من ثلاثة خطوط الى اربعة
وبالضرورة كان موجودا فيهم قبل ذلك فعلى مقتضى الامور الواقعية
والشاهدات الصحيحة يمكن ان نضع لذلك قاعدة عامة وهي ان طول الحبل
في جميع ازمته نحو البذرة يكون طول الجنين او اطول منه بقليل
تجد بان فيه الحبل الى نهاية الاسبوع الثالث يكون دقيقا اسطوانيا
ثم بعد ذلك يسير الى من الاسبوع الرابع الى السابع والثامن بل الى التاسع
يكتسب نحو اعظما نسبيا ويوجد فيه اذ ذاك تكدسات او حوصلات وانتفاخات
لم يذكرها احد الى الآن غير المؤلف وعددها اثنان او ثلاثة واربعة وتفضل
عن بعضها باعناق او مضيقات وفي مدة الشهر الثالث تنفذ عظم حجمها
بهبوطها ثم تأخذ في زيادة الحجم بنسبة بقية اجزاء الجنين الى آخر الحمل
وتركيب الحبل السرى لا يكون في جميع الازمنة على حد سواء في الابتداء
يكون اسطوانة صغيرة ملبة لم تزل غير محاطة بغمد من الامنيوس
وفي الاسبوع الخامس يحتوي على قناة الحوصلة السرية والاوعية الحوصلية
وجزء من رباط المثانة المسمى اوركوس والحوصلة السجقية والامعاء ثم لم تلبث
تلك الاجزاء قليلا حتى تحاط بالقعد الامنيوسي وقرب تمام الشهر الثاني يند
الاوركوس والقناة الحوصلية واوعيتها بحيث لا يكون الساق السرى في تمام
الشهر الثالث كالتاسع مكونا الا من شريانين ووريد واحد ومن المادة البقية
للحكيم فاروق اي المنسوج الاسفنجي للطبيب روهول ومن القعد الامنيوسي
وذكر بعضهم في الحبل السرى اوعية لينفاوية وبه سر تحقيق ذلك وطن
شوسيه وغيره وجد ان اعصاب فيه لكن لعل القائلين بذلك اشتبه عليهم الحال

بنى من الاور كوس او الاوعية او القناة الحوصلية فان المؤلف مع غاية
 البحث لم ينكشف له شئ من ذلك سيما ومن المعلوم انه لا يوجد في الحبييل
 حياسية اصلا ثم ان الغالب كما قلنا وجود وريد واحد في النوع البشرى لكن
 هناك امثلة وجد فيها اثنان كما يوجد ذلك في ذوات الثدي وقد لا يوجد الا شرين
 واحد لا شرينان كما هو الغالب وهذه الاوعية لا تشاهد الا في الخمسة عشر
 الاول من الشهر الثاني ولا تلتف حلزونية الا بعد زوال منتفحات الحبييل اعني
 من الاسبوع السابع الى الثامن وهذا الالتفاف ينشأ من الدوران الذي يفعله
 الجنين في باطن الامنيوس ويحصل من اليسار الى اليمين في عشر مرات من ثنى
 عشرة على حسب بحث مكيل والمؤلف وقد يلتف الحبييل قرب المشيمة بطهية
 وقرب بطن الجنين لجهة مضادة للاولى وقد لا يوجد الف الحلزوني اصلا
 والغالب ان يتكون منه حبل خفيق ولذلك سمي به ونارة تلتف الاوعية
 الثلاثة على محور فرضي ونارة يلتف الوريد على الشرينين ولكن الغالب
 العكس اى التفاف الشرينين على الوريد وشوهد التفاف الوريد مع شرين
 على الشرين الاخر هذا وليس بصحيح ما زعمه بعض المشرحين من وجود
 صمامات في الوريد السرى فان المؤلف بالتشريح المفعول مع غاية الاتقان
 لم يحقق ذلك واقطار الوريد السرى مزدوج اقطار كل شرين والغمد العام
 الذي يحيط به يبقى شفافا الى نحو نهاية الشهر الثاني ويمكن في هذا الدور
 مشاهدة الاوعية منه بسهولة ثم يأخذ في العتامة شيئا فشيئا كلما تقدم الحمل
 وقد ذكرنا ان هذا الغمد لا يوجد في الابتداء وانما يتدأ تكونه تدريجا بين الشهر
 الاول ونهاية الثاني سائر من الجنين نحو اصل الحبييل واما الامنيوس الذي
 كانه في الابتداء مثقوب لينفذ منه في البطن عنيق الجيب البذري فينعكس
 ثانيا على الساقى السرى كلما كبرت البذرة بحيث لا يتكون من ذلك غمد تام
 لاوعية الحبييل الا وقت ملامسة غشاء الجنين لبعضهما
 وهذه الاوعية لا تباعد عن بعضها ولا تنقسم غالبا الا اذا وصلت للمشيمة
 وقد شوهد ذلك قبل ومواها اليها ايضا فانكار ذلك غلط ويمكن ان تعزل

بيضا بقيراط اوتين اواربعة عن الوجه الباطن للسلي بل قرب بطن الجنين
ايضا فتقسمها الاولى حينئذ يكون على هيئة الاشعة الباطنة للمظلة
الشمية ولا تفسد تلك التقاسيم الاعلى محال من المشية قريبة من دائرتها
وهذه الهيئة شوهدت كثير المؤلف وغيره ولعل المشاهدات التي شوهد فيها
اكثر من حبل واحد لجنين واحد من هذا القبيل والا فالازدواج الحقيقي
الحبل لم يشاهد اصلا ثم ان هذه المشاهدات تثبت ان الحبل قد يتثبت في غير
البطن كالصدر والعنق والاطراف والجمجمة غير ان تلك المشاهدات غير اكيدة
وقابلة للبحث اذ يمكن ان يكون الحبل الغير الطبيعي المثبت على الجمجمة
منسوبا لجنين ثان ثبت ثبوتا عارضا وان الحبل الاعتيادي غير موجود اصلا
وان اصل الحبل الجمجمي لم يتقدفما وراء الغشاء المحلل اعنى الجلد وقد شاهد
المؤلف مثالا من هذا القبيل في جنين مشوه التكون ولد في سبعة اشهر وكان
يظهر يادى الرأى ان حبله السرى مكون من اربع حبيلات اثنان ذاهبان
من البطن واثنان من الصدر والحال انه حبل اعتيادي منق على نفسه مرات
كثيرة وحصل في زوايا الثنيات انه اق باغشية البذرة ويجلد الجنين

(المبحث الثانى)

(فى المشية)

(المطلب الاول)

(فى هيئةها)

لمشية هى جزء البذرة الذى يلامس اعضاء الام مباشرة وتتصل دائرتها وجزء
من سطحها الرسمى بالغشاء الساقط المنعطف ولا توجد الا فى الحيوانات
ذوات التدى وتكون فيها باشكل مختلف فى الكلاب تكون منطقة
تامة تحيط بجميع السلي ومشية الحيوانات المجتررة متضاعفة نظرية المنظر
غير مستوية وذات عنق وفى الحيوانات القراضة تكون كتلة مستديرة
مكونة من صفحتين غير متماثلتين وفى الحبل تكون مجرد طبقة حمراء مخيطة
تغطي جميع سعة السلي وفى البشر تكون جسمارخوا اسفنجيا مسطحة

مستديرة ويضاوية أو كلوية وعرضها عادة من ستة قراريط إلى ثمانية
وقد يكون أقل أو أكثر فقد شوهد كونها اثني عشر قيراطا من جهة وتسعة
أو عشرة من جهة أخرى وشوهد منها ما كان عرضه خمسة عشر قيراطا
وسمكها مختلف أيضا وغير مستوي اجزائها والغالب أن يكون من قيراط إلى
قيراط ونصف في المركز ويأخذ في التناقص إلى الدائرة حتى تكون هذه بعض
خطوط وربما كانت اجزاء منها اعظم مما في المركز فإذا كانت واسعة أخذ سمكها
في النقص تدريجيا بنسبة ثلث السعة بحيث شوهد كونه خطين أو ثلاثة وشاهد
المؤلف نظير ذلك في مشية كان قطرها العظيم ستة عشر قيراطا

ووجهها الباطن ملتفت للجنين ومغطى بالسلي ملتصقا به وبالأمنيوس الذي
يمكن رفعه عنه بالجذب فقط واوعية الحبل باقراشها يتكون منها عليه شبكة
جميلة متشعبة * ووجهها الظاهر أو الوحشي إذا شوهد على الرحم
وعلى البذرة كما يرى ذامسام وكأنه اسفنجي لكن غير منتظم ولا يشاهد فيه شق
عميق ولا فوهة جيب وإنما يوجد فيه بعض مرتفعات قليلة وللغشاء الساقط
لا يقشيه وإنما يغطيه غلالة رقيقة تضم تحدياته المختلفة ببعضها أما بعد خروجه
من الرحم فإن هذا الوجه يوجد غير مستوي ويشاهد فيه فصوص مختلفة الحجم
منفصلة عن بعضها بشقوق مختلفة وضوحها وذلك لأن الرحم لأجل فصل
المشيمة وقد فها تلفها على نفسها فتزق الوريقة الرقيقة الغير الآلية التي تستر
خلل هذه الفصوص قال المؤلف وقد شاهدتها تسع مرات في محلها فلم يتيسر لي
فيها كشف الجيوب ولا القصات التي زعم المؤلفون وجودها وسموها بذلك
ودائرة المشيمة في الشهر الرابع كما في نهاية الحبل تتصل بالوريقة المزدوجة التي
من الغشاء الساقط بدون أن يكون بينهما حد قاطع وهذا هو الذي حل
على ظن أن المشيمة جزء من الغشاء الساقط حصلت فيه هوكة وجيت فلنا أنها
تتميزين صفحتي الغشاء الساقط علم أنها لا تعطف على نفسها كأنعطاف
هذا الغشاء وليست جزءا من الساقط ولا من السلي

(المطلب الثاني)

(في تركيبها)

ذكر بهض القدماء ان المشية تكونت من طبقتين احدهما رحية اوامية
منسوبة للدم والاخرى غشائية او جنينية وقال بذلك ايضا كثير من المتأخرين
ومنهم مكيل حتى انه قال ايضا ان الرحية امتن من الجنينية وهذا غلط في النوع
البشري اذ يكفي لتحقيق ان ذلك غير موجود ولا يمكن ان يوجد ان تأمل
في الوجهة المساهمة من مشية فيتحقق حالا ان سطحها الرحي لم يكن ملتصقا
بالرحم وانما هو اماس مستور بغشاء صفحي رقيق ذكره ايضا من قال انها
مكونة من طبقتين مشيتين وهذا الغشاء الرقيق المغطى للوجه الاسفنجي
من المشية يظهر انه الى الآن لم يعرف جيدا فانه لا يوجد له اثر الى الاسبوع
السادس تقريبا حتى اذا وجد الجمل كله على السلي ابتداء ظهوره ليغطي
فوهاته ثم ينصل ويختلط بدائرة انضمام الوريقة المزدوجة من السلي وهو
لا يحتوي يقينا على عروق واما ما زعمه بعض المشرحين من وجود جيوب
في دائرة المشية فغلط مؤسس على مشاهدات كاذبة ثم ان هذه الوريقة الرحية
المشمية تسير كمنكبونية المنح في محاذاة التنوات والحدبات يكون التصاقها
متينا اما في محاذاة التفاعر فيمكن عزلها على شكل صفائح رقيقة شفافة
وهي مثلها ايضا في كونها تبقى على السطح ولا تغدق في النسيج الخاص للمشية
وطبيعتها كطبيعة الغلات الرقيقة التي تحيط بمعظم التجمعات الليفية بعد
تكونها حالا ليست منسوجا واذا وضعت في الماء فسدت وذابت في بعض ايام
بسهولة كسهولة ذوبان غيرها من التجمعات الغشائية

ويحيط بالخدوع الوعائية طبقة رسوب اسمك من السابقة وهذه كانت سببا
لظن ان عروق المشية تنفرع حتى في تلك الغشاء الساقط وان السلي مركب
من وريقات كثيرة وان الغشاء الساقط يرسل صفيحة للوجه الوحشي واخرى
للوجه الجنيني من المشية وان الغلالة الرقيقة من المشية تنثنى فيما بين جميع
الاياف فصوصها وفصيقاتها والصفايح المركبة هي منها الناتجة من رشح
الرحم والسلي وواعيته الخلية لها بالنظر لذلك مشابهة بالغشاء الساقط لكنها
تختلف عنه في كونها لا تتضح الا بعد وصول البذرة للرحم وفي ان فيها اليونا

عظيما وبعض مرونه واما الاخر فهي جافة ضلينة وتنكسر بسهولة عظيمة
كسهولة انكسار الزجاج

واما الاجزاء الغدنية التي نسب ملبيجي وغيره لها وظائف مهمة في المشية
فلاصل لها ولعل هؤلاء المشرحين التباس عليهم ذلك بالتحسينات الاصلية
الطبيعية للسلي واتفق المصنف الا ان بل السكل على عدم وجود اوعية لينفاوية
في المشية وان ادعى دولامون انه شاهد لها ومثل ذلك ايضا الاعصاب
وان ادعى شوسيه وغيره مشاهدتها واما الطبيب لوطظن وجود اخطية
لينفاوية كثيرة العدد من نوع مخصوص تأتي من المشية الى الرحم وظن
كاروس ان هذه الاخطية اعصاب قال الخواف نعم ثم افاضت البذرة من الرحم
مع غاية الاحتراس تشاهد خيوط كثيرة لا حصر لها مبيضة يسهل جدا
قطعها لكن من المحقق ايضا انه يشاهد خيوط مثل ذلك اذا نصل الغشاء الساقط
من الاسطحة التي يغشها وكذلك الامنيوس اى اللفافي والسلي وغيرهما
فهذه مجرد مواله لامية او مخاطية وليست وعائية من اى نوع كان
من الاوعية ولا اعصابا بل ولا خيوطا خلوية واما الحن الذي فعله الطبيب
فومان ونفذ بيقه بسهولة للمشية وجميع اغشية البذرة قائما كان في غير
الاوعية اللينة ساوية لان رأى هذا المواق ان جميع ما سموه بالمنسوج الخلوى
هو القرنية الشفافة والمتحمة والغشاء الباطن للاوعية والاغشية المصلية
وتحوز ذلك انما هي تشبك واختلاط من الاوعية اللينة فاوية

واما العروق الدموية فهي الاصل الرئيس للمشية وهي اقتران اى تفرع
من عروق الحبل السرى فلا تظهر كعروق الحبل الا بعد الاسبوع الثالث
وتنمو ينشربها الموالد من الباطن وعلى التدريج وقبل هذا الزمن لا يوجد
في خلى السلي شئ منها ويمكن ان يشبه ذلك الخلل اذ ذلك يشبه وراصل النباتات
فيتمش وينشرب السائلات مما يحيط به كما يفصل ذلك النبات ثم تتكون
القنوات الوعائية فيما بعد كما في المنسوجات الجديدة فتكون اولا دقيقة جدا
تتخذ مجاسا في مركز الخلل اذ في طوله لكن لا يتجناز جميع الطول بل ولا بعد زمن

طويل من نحوها كما ثبت ذلك من حقن المواقف لها في الشهر الرابع من الحمل
فوقضت مادة الحقن في مسافة بعيدة عن طرف التفرعات الخلية فالظاهر
ان الجزء الذي لم يرفيه الحقن خال من القنطرة المركزية وانما هو من طبيعة
انفجعية فلا يتصل غذاءه الا بواسطة التشرب واما الخيوط المليضة التي تشاهد
في المشيمة حتى بعد الولادة وتكون مثبتة في السلي فليست اوعية مفسدة
كما زعموا وانما هي شبيهة بالخيوط التي تضم الساقط المنعطف بالغشاء الخلي
اي السلي * وهى الفروع الشعرية الوريدية تظهر قبل الفروع الشعرية
الشريانية قال المواقف ويظهر في انهما يوجدان مغالان الدم اذا جاء
في احدهما يلزم ان يرجع في الاخرى فلا وجه لدعوى وجود واحد منهما قبل
الاخرى وكل حزمة وعائية فصلت من الوجه الظاهر للسلي توجد مكونة
من وريد وشريان ملتفين ببعضهما مالم يخالزا ثم يوجد الجذع منقسم الى فرعين
من كل نوع وكل فرع الى فردين والفرع الى فرعين صغيرين وهكذا
لا الى نهاية وكلها تضغط على بعضها وتتضم بواسطة طبقة غلاية وهذه
الاقسام والتقسيم يتكون منها فص من المشيمة وهذه الاقسام في الحيوانات
الجمرة ولا سيما البقرة تباعد عن بعضها فليكون منها مشيمات بعددها وجميع
الوعية فص متصل ببعضها غير ان الغالب انها لا تتصل بفروع النص المجاور
لها كما ثبت ذلك من تجريبات المواقف وغيره فاذا تباعد بعض من هذه
الفصوص عن غيره بحيث كان بينه وبين القرص المشيمي مسافة ما تولد من
ذلك مشيمة صغيرة مخصوصة وذلك هو الذي حلم على ظن وجود مشيمتين
الحين واحد ثم كل فص شيمي يتصل بالفصوص المحيطة به والتصاقها
يحصل في الشهر الرابع وقد يذهب الالتصاق عند نهاية الحمل بسهولة فاذا كان
هذا تركيبها كانت تلك الفصوص هي النسيج الخاص للمشيمة ويكون
ذلك النسيج كله مكونا من عروق وعائية وخيوط صلبة وجيوب ومادة غلاية
نضم الجميع لانه مكون من لحمه خلوية مشابهة للحمه الاعضاء الاخر
وبعضهم زعم مروراوعية شريانية ووريدية من الرحم للمشيمة وادعى اثبات

ذلك بالحقن قال المؤلف وطبالمما بحثت على تلك الاوعية الرحمة المشيمة فلم يتيسر لي مشاهدتها وعلى فرض وجودها اخبرنا فاقله ان الغالب عدم وجودها فكما بحثت البذرة في الرحم بعد الشهر الثالث اجد سطحها كسطح الرحم ايضا ملمس في جميع سعتة ولم ازوعاء يضم هذين السطحين ببعضهما فالملتص من ~~صكون~~ المشاهدين التمس عليهم ذلك بحالة غير اعتيادية او حالة مرضية او منظر ~~كاذب~~ قال المؤلف وعلينا ان نتظر مشاهدات جديدة تحقق ذلك

(المطلب الثالث)

(في نمو المشيمة)

قيل ان البذرة اذا وصلت للرحم ارتفع على سطحها اجل متفرع يتقدم الغشاء الساقط ليجعل اتصالا بينها وبين الرحم فتكون المشيمة حينئذ وهذا الحمل يكون في الابتداء منتشرا با نظام على سطح البذرة ثم لم يلبث قليلا حتى يتجمع ويتراكم في محل ما من ذلك السطح وبصير غير ذلك الحمل املس شفافا فلا تتميز المشيمة الا من بعد الشهر الثاني حينئذ تغطي ثلثي البذرة اواقه نصفها واتساعها النسبي ~~يصكون~~ اصغر كلما تقدم الحمل قال المؤلف هذا ما قيل وامامنا ثبوت من المشاهدة الصحيحة فهو ما سيذكر وذلك ان الحوصلة الجنينية بعد انزلاقها اين الوجه الباطن للرحم والغشاء الساقط وتنتهي في العضو الذي يلزم ان يحتوي على الى وقت الولادة تلامسه باحد نصفها واما النصف الاخر فيستند على الغشاء الساقط وحينئذ يبق بقصر من البذرة لم يتصل عن لاسطعة الحمية الابطنية بخلافية وهذا النظم المشيمة ولا تأخذ النطفة المواد الرئيسة لتغذيتها الا من ذلك الحمل فيقتضي ذلك تكون النطفة شبيهة بنبات المحوى في اناه لم يتصل بالارض الا بقصبة مستديرة فاذن تولد المشيمة عند وصول البذرة للرحم لا بعد شهرين من الحمل كما زعموا واقطارها تقرب من اقطار الجنين من الابتداء الى نهاية ظهورها فلا يصح ان يقال انها في مدة شهرين تغطي اكثر من نصف السلي وفيما بعد لا تشغل الا الثلث والاربع او غير ذلك

ذلك وعندي ظن قوي انها تنمو بنسبة الحمل الملازمة له من الرحم بحيث
ان اتساعها عند الولادة يكون كقطار جزء الرحم او جزء البذرة الغير المغطى
بالساقط في ابتداء الحمل

(المطلب الرابع)

(في اندغامها)

من المعلوم جيدا ان المشيمة ترتبط في الغالب بقعر الرحم امامن الامام او من
الخلف او على الجانب واحيانا على العنق غير انه الى الآن لم يبحث عن سبب ذلك
الامر الخارج عن العادة الا نادرا فان قالوا انها تثبت في الحمل الاكثر عرضا
من الرحم فلنا هذه دعوى خالية عن الدليل لانتا اذ لو اقتضاهم على ان البذرة
تكون في الابتداء مخفية كلها في مركز الساقط كما زعم ذلك كثير من الموافين
فن الذي سمع ان الرحم يكون جزء منه مهيئا للحمل اكثر من غيره من الاجزاء
حتى يقبل ذلك وحيث ثبت بالمشاهدة ان هذا الحمل يغطي في الابتداء جميع
الحوصلة لانه يظهر في جزء منها فلا يئى لا تشغل المشيمة جميع سطح البذرة
بكيفية متساوية بدل ان تغطي خمسة فقط

وبعضهم زعم ان اندغامها ناشئ من القتل الخاص للبذرة الملقحة فموجب
ذلك يكون من الهيئة التي تكون عليها المرأة بعد التلقيح حالا وهذا مردود
بشئين احدهما ان البذرة الذي احببت لا تترك البوق الا بعد ثمانية ايام فهيئة
جلوس المرأة على اى حالة كانت لا تأخير لها * وثانيهما انه مهمل ما كان الزمن
اللازم لتجهيز البذرة من المبيض الى الرحم فالغالب ان تكون المرأة واقفة
وقت وصول البذرة للرحم فان ذلك هو اغلب الهيئات فبدل ان يكون
الاندغام في العنق نادرا يكون بمقتضى ذلك غالبا والامر بخلاف ذلك

قال المؤلف واظن اني وقتت على توضيح اقوى واظهر لهذه الظاهرة وذلك
ان البذرة تنزلها في الرحم فتجد كيسها التي تسكن فيه من الغشاء الساقط
ولا تبعده عنه بدون ان تفصله معها فاذا كان التصاق هذا الكيس متساويا
في جميع سفته بقيت البذرة على اتجاهاها الاول فتزلق نحو قعر الرحم او تنقف

في خروجها من البوق فحينئذ تثبت المشيمة على إحدى الزوايا الرحمية
فإن كل التصاق الكثير من الأعلى أقوى من الأسفل جازان البذرة تنزل كثيرا
أو قليلا إلى قرب العنق فإذا كان أقوى من الامام اتجهت إلى الخلف وهكذا
وقوى هذا الرأي بالملاحظات

وكيفية انضمام المشيمة بالرحم اشتغل بها كثير من الفسيولوجيين فظن هنتير
وبودلوك وغيرهما أن الأوعية الغليظة الوريدية للرحم تبقى على سيرها بدون
الانقطاع حتى تصل بأوعية المشيمة وظن كثير من المتأخرين ومنهم وارن
وريديران أن الجنين من الرحم الملامس للبذرة في ابتداء الحمل يصير قطريا وهذه
الفطرية تقوم منها المشيمة الرحمية فتختلط وتتضم مع فطرية السلى ويحصل
من ذلك التصاق خاص يلزم أن الرحم تمزقه لاجل طرد المشيمة * وقال استين
واستروك أن فصوص المشيمة تلتصق بالرحم كالتصاق شمع اسبانيا بالورق
وتفاربع عروقها تنغرس في الأوعية الغليظة للرحم كما تنغرس جذور نبات
في الأرض وقيل إن التصاق المشيمة بالرحم كالتصاق شمع خوخة بنواتها وقيل
كسكس العلق بالجلد وقيل كتطعيم الشجر فيحصل بواسطة منسوج خلوي
عارض وأوعية مخصوصة وغير ذلك * قال المؤلف وما قلناه في تأليف الوجه
الوحشي للمشيمة يدل على عدم صحة هذه الآراء فإن الغشاء الذي يغشى
ويضم فصوص المشيمة ببعضها يظهر أنه هو الذي يوجد بين المشيمة والرحم
وزيادة على ذلك أن أنكرنا أن التصاق البذرة متحد في جميع سعتها ويمكن إزالته
بعدم الشرط بدون قصور وبدون أن يتمزق شيء سوى الغلالة المخاطية المشلبة
لما يوجد بين الأمنيوس أي اللغائقي والسلي أو بين الغشاء الذي يتولد في الداء
السمي كروبيد الأجزاء المتولدة فيها وأما غلط المؤلفين في ذلك فأنما جاء من ندرة
مشاهدة البذرة في الرحم ومن كونهم شاهدوا في اللاتي من بعد الولادة يدير
أن السطح الباطن للرحم بقي جزءه الذي كانت عليه المشيمة منتفخا
كما أنه قطري

وقد يتفق أن المشيمة تلتصق بجملة أجزاء من الجنين فقد شوهد اختلاطها

بقبوة الجمجمة بحيث قدت عظامها المسطحة وبالوجه ومقدم الجمجمة
وبالطن غيران الغالب ان يكون ذلك مصاحبا لقشوة في الخاقة

(الباب الثاني)

(حالة توابع الجنين في الحمل المضاعف)

اذا وصل للرحم من كل بوق بذرة او تنبت بذرتان فيها مع وجود مسافة بينهما
كان لكل منهما مشيمة مخصوصة وصلى وامنيوس بل وفوق السلى متميزة
عن بعضهما الى مدة من الحمل فاذا التصق البذرتان ببعضهما قبل ان يخرج
من البوق او يقيا قريتين من بعضهما في الرحم جازان يغطيهما بورقة واحدة
من الساقط ويختلط خلهما وسلاهما وحينئذ فالخارج الذي ينتج من
الاستئلاهما على بعضهما قد يترق فيوجدان عند الولادة في عشاء واحد
كما شوهد ذلك كثير او ان كان نادرا وعندما تكون المشيمة مزدوجة لا يتيسر
دائما تبسع السلى والامنيوس الى الخارج المتوسط حيث يختلط هذان
العشاءان ببعضهما اختلاطا قويا وقد رأيت في بذرة مزدوجة ذات ثلاثة
اشهر لكل واحدة سلى وامنيوس ومشيمة بل ونفاطة سرية مع ان البذرتين
انفقتا على بعضهما حتى تكون بينهما حاجز متوسط وقد يوجد واحد من تلك
التوابع لجملة الاجنة والملاحظات في ذلك كثيرة

وقد تميز البذرتان عن بعضهما تميزا تالما في الحمل المضاعف وكثيرا ما تخرج
الحداهما وقت الطلق بدون الاخرى ولكن الغالب ان يلتصقا او يكونا كأنهما
منبركان في بعض محلل من المشيمة او من الاغشية وان كان لكل منهما
تجويف مخصوص

واوعية المشيمتين لا تختلط ببعضها كما لا يحصل ذلك في اوعية قصوص مشيمة
واحدة وقد يحصل خلاف ذلك احيانا فيكون هذا الاتصال بفروع غليظة
على الوجه الجنيني غالبا لا في سمك المشيمة ولا في وجهها الرحمي

والجبل السري يكون عدده بعدد الاجنة غالبا وقد شوهد ان حبلا سريا
كان وحيدا حين خروجه من المشيمة وما انقسم الى قسمين لينذهب كل منهما

لي جنين الابدان فارق اصل منشائه ببعض قراره
واذا تثبت كل بذرة في الرحم متصلة عن غيرها تكون من الساقط الرحمي
لمسكل من البذرتين او الاكثر ساقط منعكس فكل مشيمة حينئذ تبقى غير
متعلقة بغيرها الى آخر الحمل فاذا فرغت ان هنالك سلى واحدا كان الساقط
مثل ما يكون في الحمل البسيط ويظهر حينئذ ان المشيمة تكون وحيدة
وانما يكون هنالك خط او تلم خفيف يدل على التحديد من الظاهر ولذلك
يرشاهد غالباً بقية حاجز من الباطن وفي هذا النوع يشاهد غالباً تفهم الحبيبتين
بعضها فالتصاق الجنين لا يحصل الا في البذرتين الخاليتين من الحاجز
فما تقدم يعرف ان التوأمين من نوع واحد اى مذكرين او مؤنسين يبعد
ان يكونا دائماً ساكنين في كيس واحد وان لا يصح ان يملك كل جنين له
دائماً كيس منفصل عن غيره

(الاسباب الثالت)

(حالة انواع الجنين في الحمل الخارج عن الرحم)

الاسلى والا منيوس لا يحصل فيهما في عظمى من في الحمل الخارج عن الرحم
بخلاف الغشاء الساقط والمنشئة قد ثبتت من مشاهدات كثيرة ان تجويف
الرحم يكون فيه حينئذ غشاء ساقط كما يكون في الحمل الطبيعي لكن هذا نادر
والغالب عدم احتمول الرحم على ما ينسب هذه الغشاء لان المادة المنصبة فيه
لا تكون على شكل مخاطية وانما تكون جوهراً رخواً عجينا ملتصقا
مانعاً مجراً وفي بعض النساء تكون هلامية خالصة وبالجمله فقد اضطربت
اراء الاطباء في ذلك فبعضهم ادعى انه وجد هيئة هذا الغشاء في الرحم
وبعضهم ومنهم المتوقف وجد فيه جواهر اسفنجية تشبه الساقط واما كروغلييه
فقال اني لم اجد فيه ساقطاً خارجياً في انواع الحمل الخارج عن الرحم الذي
شاهدته مرارا

والمشيمة في الحمل الخارج من حيث انما آتية من اقراص القروع الوعائية
للحبل تكون غير منتظمة ورقيقة جداً في الغالب وغلاظة سطحها الخارج فقد

غالباً والاتصاف خلفها بجدران الكيس الجنيني يكون غالباً متن من التصاها
 بالرحم ولما الكيس نفسه فتختلف طبيعته باختلاف كون الجنين متنبها
 في البوق او على البرتون في الحالة الاولى يتكون كله من المنسوجات الطبيعية
 بخلافه في الحالة الثانية فيكمل تكوينه بعد سقوط البذرة ويوجد له سطح
 ظاهر نوعاً من مصلى و سطح باطن خلى غير منتظم ومنسوج متوسط بينهما
 ليس خلوى صكة أنه في بعض المحال ناعم متجمد ويشاهد في سمكه احياناً
 او عينة غليظة

(التعليم الثاني)

(في البذرة)

(الباب الاول)

(في بذرة الحمل البسيط)

اصطلح الاطباء اليوم على ان البذرة تسمى عاقة الى الشهر الثالث ثم بعد ذلك
 تسمى جنيناً وهذا اصطلاح اتفق لا مشاحة فيه فنبه على ما هو عليه
 ونبحث عن الجنين في هذين الدورين

(القسم الاول)

(في العلقه)

(الفصل الاول)

(في العلقه عموماً)

لم يمتحن الى الان وقت ظهور البذرة في الرحم قال بقراط انها في اليوم السادس
 تصير كرة صغيرة شفاقة يرتفع عليها شيء دقيق يقرب للعقل انه السرة ورأى هالير
 فاعلمت ان المدة انما لا تتجاوز الا بعد خمسة عشر يوماً وعشرين وبعض
 البقائمين الذين مشوا على مذهب القدماء في ان التلقح يحصل في الرحم قالوا
 ان البذرة تتكون اولاً ثم الاغشية وبعضهم عكس الحال لكن لم يبين احد منهم
 اليوم الذي يمكن فيه مشاهدة العلقه في الرحم وقد وقعت تجريبات كثيرة فهمم
 منها انه لا بد لتقل البذرة من المبيض الى الرحم من بعض ايام ولا يمكن لم يعلم

هل هذا الزمن واحد لجميع افراد كل نوع من الحيوان والظاهر ان هذا الدور
ثلاثة ايام للارنب ومن ستة الى سبعة اوثمانية للكلاب * وذهب استراطون
وديوقليس الى ان الجنين لا يتدأ فيه الشكل البشري الا في نحو اليوم الخامس
والثلاثين وانه يكون حينئذ في عظم النخلة وذهب ارسطاطاليس ان الجنين
يكون في الاربعين في حجم غلة من القمح الكبير وقال انه يميز فيها الاطراف وجميع
الاجزاء بل وعضو التناسل ايضا وبعضهم زعم انه يكون دوديا مستطिला
منتفخا في الوسط في اليوم الخامس عشر الى العشرين وزعم ادلون كغيره
ان الجنين في ثلاثة اسابيع لا يوجد فيه اثر للرأس وان البطن يظهر على شكل
تومحورطى مستند على الغشاء الباطن للبذرة قال المؤلف ولا درى ايضا
على اى شئ اسس شوسيه كلامه حيث قال الجنين الذى له عشرة ايام
انما يكون ندفة سنجابية نصف شفافة يسيل بسرعة وشكله لم يعين الى حينئذ
انتهى ومنهم من قدره ببذرة خس او حبة شعير او مطرقة الاذن لكن هذه
المستحبات غير مناسبة للطبع بل لا ينبغي تشبيهه بحبة قمح ايضا فانها توجد قبل
ذلك في البذرة التى لها اثني عشر يوما بدون تغير وعندنا مشاهدة تقوى ذلك
فيها العلقمة متميزة في ذلك الزمن وكذلك الحوصلات وجميع الاغشية

(الفصل الثانى)
(فى السلسلة الفقرية فى العلقمة)

العلقمة البشرية تشبه فى ابتداء من بعض الوجوه علقمة الثعابين فهى ساق
مخني على هيئة دائرة تقرب للتمام وفى تلك الحالة قد يكون طولها خطين
او ثلاثة نحو الاسبوع الثالث ولوفرز استقامتها لبلغت اربعة خطوط
او خمسة واحد طرفها منتفخ مستدير والاخر ينتهى بطرف حاد وهذا الساق
مخوف نصف شفاف ويظهر انه مملوء بسائل صاف يشاهد فى وسطه حتى للعين
العارية خيط ممتع ايض او مصفر هو المجموع الخفى الشوكى
هذا وقد ثبت من تجريبنا فى امورا الاولى ان السلسلة هى الجزء الاساسى للجسم
الثانى ان هذا المحور يظهر قبل جميع الاعضاء الثالث انه يوجد منفردا زمنا

طويلا الرابع ان شكله لا يختلف في ذاته في الابداء عنه في بقية ازمنة الحياة
الرحمية * الخامس ان العلة الى عشرين يوما لا تكون مستقيمة ولا منتقنة
من وسطها * السادس ان الرأس والعنق يكونان اقله نصف طول العاكة
السابع ان تقوسها يكون اقرب الى شبه دائرة كلما كانت اقل نمو * الثامن
هيئة محيطها الظاهر يختلف قليلا في الابداء عن ما يكون فيما بعد
واما محيطها الباطن اى تقعرها فيستدعى اتباها عظيما بسبب التغيرات التى
يكابدها فان في هذا السطح المقعر تظهر جميع الاشياء على التوالى بهيئة عجيبة
مدحشة فالقاع السفلى والاطراف والكتلة التى تملأ الصدر والبطن نمو
وتسلطن قبل غيرها على هيئة ازرار تخرج من فروع شجرة او ابط نبات
والدائرة الفقرية تمتلى هكذا شيئا فشيئا بالجهة تبعد عن العصعص والجزء
الصدري والبطنى من الساق الاصلى يلتزمان في الابداء قهرا عنهما ان يعتدلا
والرأس يبقى مائلا على الصدر لكن بحيث ان الدقن ينهى حالها بان تأخذ
المكان الذى كان مشغولا بالجهة واما العصعص فلا يتقذف الى الخلف
الا فيما بعد والذى يدفعه لتلك الجهة هو نمو الحوض والاطراف السفلى
قال المؤلف ولقد كانت الاجزاء الجانبية والجزء المقدم من الجسم لا تظهر لى
الابداء الساق الفقرى بزمن طويل فكنت اظن ان النمو العضوى يحصل
من الجوانب الى الخط المتوسط غير انى رجعت الآن عن ذلك بمقتضى
ملاحظات صحيحة وصح عندى ان الخط المتوسط للوجه والعنق لم يظهر لى
خاليا بل اراه متكونا في اليوم العشرين كفى الستين وما رأيت الاعضاء
الصدرية عارية بالكيفية فاذا نمت كتلة الاعضاء المنسوبة للبطن وتغطت بوبر
دقيق كانت جدران الصدر متميزة عنها بمنظرها الطبيعى

(الفصل الثالث)

(فى الرأس واعضاء الحواس)

الرأس يتكون في الابداء على هيئة قضيب مستطيل ثم يكون نموه على حسب
نمو الباقي من السلسلة ثم فى الاسبوع الخامس يميز الوجه من الجمجمة

(المبحث الاول)

(في الفم)

الفم هو اول اعضاء الحس مشاهدة وقد شاهدته في اصغر علقسة شاهدها
 فموجب ذلك يوجد من الثاني عشر الى اليوم العشرين ويكون هيئته حينئذ
 قهقهة عريضة جدا يضاوية او مثلثة والفك العلوى من حيث انه بارز مدة كون
 الفم في قصير اجد ان يصير فم العلقسة البشرية مشابها لفم علقسة الحية
 واختلف المشرحون في كيفية تكون الشفة السفلى فظن جميعهم انها تكون
 اولاً حركبة من جزئين جانبيين ينتهى حالهما بان ينضمما على الخط المتوسط
 كالتطعنين العظميين الحامليتين لهما لكن لا يتم ذلك في الشفة العليا الا على
 رأى ان الفك ~~مكون~~ من عظمتين اما على حسب ما اختاروه الا ان
 من ان هنالك عظما بين الفكين العلويين فيلزم ان يكون نمو هذه الشفة من ثلاثة
 اجزاء جزء متوسط وجزئين جانبيين وبانضمامها لبعضها يتولد عمودان
 او عرفان اتقيان شفوياً وعلى مقتضى هذا البيان وضح المتأخرون ان تكون
 الشفة الارنبية البسيطة والمزدوجة التى على حسيهم لا توجد على الخط
 المتوسط بل بالغ بعضهم في انها متكونة من اربعة اجزاء منفصلة لكن لاطعن
 في ذلك مجال قال المؤلف ان في الدور الذى بحثت فيه وجدت الشفة السفلى
 ابتدأت تميزها والذقن برز منها الجزء المتوسط الى الامام وحاقها السابعة الرقيقة
 جدا ليست مقطوعة بتم اصلا بل كانت على شكل فصف دائرة منتظمة جدا
 وبالجملة وجدت في علقسات لها ستة اسابيع كما وجدت في غيرها من له عشرون
 يوماً ونيف ان حافة الشفتين مكوثة جيداً وليس فيها انقسام فالتزمت ان اسلك
 في وجود عظم بين الفكين في النوع البشرى في الحالة الطبيعية

(المبحث الثانى)

(في الانف)

ليس من الصحيح ان يقال ان عضو الشم لا يمكن ان يعرف الا من الاسبوع
 السادس الى الثامن فان في الثلاثين يوماً يمكن في الغالب ان تميز قهقهة المقدمتان

مستديرتين وشاهدان اعلا القدم حالا وتجهان الى الامام فتشبهان بقعتين
صغيرتين مسودتين نعم قد لا تشاهد هاتان القعتان في بعض علاقات لها
من خمسة اسابيع الى سبعة وانما يشاهد محلها تنوارز

(المبحث الثالث)
(في العينين)

الاعين تظهر مع القدم ان لم توجد قبله قال المؤلف وقد رأيتها في علقه طولها
لم يجاوز اربعة خطوط ولا بد من وجدانها اذا اقتش عليها في الاسبوع الرابع
ولما كانت خالية من الاجفان والزوايا العينية والجهاز الدمعي وكانت مشابهة
لقمر مستديرة طوره نصف خط محدب قليلا لم تكن منفصلة عن الجسم
الابشقي سطحي ضيق جدا ولا تشاهد الا بالمبحث عليها بسن ابرة وفي كل عين
نكتتان وتميزا احدهما ايضا مصفرة على شكل مركز والاخرى سوداء على هيئة
دائرة تحتوى على الاولى من جهة ومن الجهة الاخرى تنصل بالجلد والنكتة
المركزية تكون اولا اعرض من الدائرة المسودة المحيطة بها لكن هذه عموما
تتسلطن على الاولى في آخر الاسبوع السادس وهاتان النكتتان هما ولا بد
الصلبة والقرنية التي لم ترزل الى الان معجمة ولا تختلف عن طبيعة الاظفار
الابلونها

(المبحث الرابع)
(في الاذنين)

الاذن تظهر ايضا مبكرة ونهاية ما بناخر تميزها الى الثلاثين ولا تنكبا عظيم
تغير الى نهاية الاسبوع السابع تقريبا وتظهر اولا بهيئة فوهة جراب جلدي
او اخف فاض هرجي ضيق قليل العمق ثم بعد بعض ايام تشبه بيادى النظر اسعة
علقة وانما بدل ان يكون لها ثلاث زوايا يكون لها اربع في الغالب
واما صيوان فلا يكون له اذ ذلك اثر اولا وقد تحتته تكون مساوية للجلد ثم في
خمس اسابيع الى ستة تبند الزوايا الداخلة لهذا الاخف فاض الصليبي او المعيني
في ان تبرز عن الجلد فالزغمة هي التي تظهر اولا ثم الوتر ثم بقية الاجزاء وتمكث

زمننا ما قبل ان نغنى على الاراس وعلى نفسها

(الفصل الرابع)

(في الاطراف)

هي تظهر كلها مع بعضها متساوية الاقطار تقريبا فالطرفان الصدريان يخرجان من الجزء المقدم للشرطة الجانبية من الساق القفري بمسافة متساوية تقريبا بين طرف الرأس وطرف العصص على فرض استقامة الجنب والطرفان السفليان يشاهدان اعلا عن العصص بخط تقريبا ويكون هذا العصص محتبسا من الخلف الى الامام كانه مخفي في المسافة بينهما

والسيد نظم راو لا على شكل لوح ذي حافة سائبة رقيقة غير متسعة والرجل لا تختلف عنها اخلافا محسوسا ثم من الثلاثين الى الاربعين يعرف الساعد والساق وتبدأ فقط الاصابع في الانعزال عن بعضها حتى خمس واربعين الى خمسين يتفصل المرفق والعضد عن الصدر بعد ان كانا كلهما ملتصقان به بواسطة غشاء القلب والركبة تنعزلان ايضا وتتميز اصابع اليد عن بعضها والطبقة اللزجة التي تضم قواعدها ببعضها لا تمتد الى اطرافها للظفرية والرجل يزول شبيهها باليد واصابعها تنهيا كاصابع اليد

(الفصل الخامس)

(في العصص واعضاء التناسل)

قد ذكرنا ان في مدة الاسابيع الثلاث الاول يقضى الجدع من الاسفل بطرف دورى وهو الذنب التجزى العصص الى المقوس الى الامام ويحتدل يسطى كلها ادمتلا تقعره ولندكر هنا ان حافته لم يلبثا قليلا حتى يتصلا بكتلة البطن او يختصيا في اصل الطرفين للصدرين الى اليمين واليسار التي يوجد بين هذا الاصل وبين السرة والرجلين ولا تبلغ سمعتها الا خطا او خطين ونصفا الى خمسة اسابيع او ستة تبقى من مناطق الاعلى شكل تقعر ثم تتولد اعضاء التناسل وتغلا ذلك التقعر في فتور بعين او خمسة واربعين يوما تظهر نقطة سودا امام العصص وهي محل الشرج ويشاهد قرب السرة حدة مخروطية محفورة بميزاب

جزئها

من جزمها السفلى هي محل الذكر والبظر على حسب ذكورة الجنين او انوثته

(الفصل السادس)

(في السرة والدور الثاني للجنين)

المعادة ان السرة لا توجد في الحقيقة الى خمسة عشر او عشرين يوما والحبل
السري يستتر تحت الكتلة الخشوية البطنية غير ان جدران البطن لم تلبث
قليلا حتى تظهر تلك السرة وتوجهها من اعلى الى اسفل ومن الجوانب نحو
الجزء الخدم ثم تجمعها بالساق السري والمشي اعني الحبل وفي الاسبوع
السادس او الحسين يوما تأخذ أعضاء الجنين بسرعة في الكمال فالعين يزيد
فحدها ويحيط بها بعد ذلك حلالا الدائرة الخشوية وتغني هلي محيطها وطرفا
المقطر العمودي لهذه الدائرة بقربهما لبعضهما يعطيان لها التـ كل
البيضاوي فلذلك توجد الزاويتان وفي تسعة اسابيع او عشرة تتلامس حواف
الاجفان وكأنها تلتصق ببعضها وفي الابتداء تكون هذه الحواف رقيقة حادة
ثم يصير سمكها كسمك الاجفان نفسها وهذه الاجفان وان كانت تغطي
مقدم العين الان في بعض شفافية فلا تنع مشاهدة اللون فالتكتة المركزية
التي ذكرناها سابقا تصغر وتصير عرض وحينئذ يسهل تحقق كونها
هي القرنية الشفافة وان سطحها الخلفي ملامس لجوهر ملون بهذا اللون
والدائرة السوداء تعظم ايضا وعند التأمل يشاهد انها تنسب الى الصلبة
وان لونها ناشئ من الطبقة التي تنقسم الى الباطن

والانف يحصل فيه حينئذ تغير واضح فالبروز الذي يتكون اعلى الشفة
بارتفاعه التدريجي يقهر قهته المقدمة على ان تنحني يبطى الى الاسفل وباطنه
الذي هو جزء من تجويف القم الى الاسبوع الخامس يتبدأ في الانفصال
عنه في مدة الاسبوع السادس

واما القم فلا يكاد يتغير كثيرا واتما يزيد عمقه واللسان الذي يكر ظهوره
يعرض ويرق واللثة السفلى يبرز زيادة والشفاف تميز عن بعضها ويتم عزلها
ولكن لم يتغير شكلها الى الآن والاذن الظاهرة التي كانت كوخر علقه

في الجنين الذي له اربعة اسابيع او خمسة تكسب الصفات الخاصة بها بسرعة
فاجزاء الصيوان تنبسط وتظهر شحمته والاطراف تصل بسرعة الى كلالها
في هذا الدور والاصابع في الاسبوع الثامن او التاسع تعزل عن بعضها
اولا تبقى ممسوكة الابطقة دقة شفافة وتميز سلامياتها الثلاث وتكون منثنية
الى الامام وبشاهد على ظهر السلامة الاخرى نكتة هي اصل الظفر وتظهر
خطوط معتمة هي محل المشط وطول العضد والفخذ بالنسبة للساعد والساق
ليس فيه غرابية ورسم الكتف والخرقة حينئذ لا يتكرر ولا يكون منظر الشرج
نكتة سوداء كما كان وانما في اليوم الستين يكون على شكل بروز صغير مخروطي
اصفر ناصع غير مثقوب والقضيب يأخذ في الاستطالة وقاعدته تحاط بجوية
سميكة وبشاهد تولد تلم مستديري طرفه السائب هو محل اكليل الحشفة
ونمو العجان والحوض والخصلة يبعد الحليل السري جدا عن هذه الاعضاء
بعد ان كان في الدور الاول داخلين الاطراف السفلى قريبا من العصعص
فيقربه لمركز البروز البطني ودائرة السرة ينتهي حالها بان تضم بالساق السري
الذي يمر منها وتستطيل معه بحيث لا يوجد حد فاصل بين الجلد من احدهما
والغلاف من الآخر

(الفصل السابع)

(في اقطار الجنين)

الجنين من حيث انه مخن على مسطحه المتقدم مادام سائبا في مركز البذرة
ينبغي ان يكون على هذا الوضع اذا اريد قياسه اذ لا يمكن انالة نتائج صحيحة
بدون ذلك فانه في ستة اسابيع اذا اريد استقامته يتدران لا يتمزق كل من مقدم
الرقبة وجدران البطن وفي شهرين يؤمن من حصول مثل هذا الخطر بسبب
قوام الاجزاء لكن الاستقامة قد لا تكون تامة ولذلك حصل اختلاف كثير
في النتائج وايضا فلا نتداء لاعتمادى للاطراف البطنية بصير عدد هاعسرا
فلا يمكن كون خط القياس معتدلا فيقع الخطأ وقد اختلفت طرق المؤلفين
في القياس والذي نذكره هنا ينبغي ان ينسب لاعظم قطر في الجنين اذا كان

مقوسا طبيعة اعنى المسافة القاصلة في هذا الوضع للمحدودة عن العصص
والظاهر ان هذا القطر لا يجاوز ثمانية عشر خطا او عشرين قبل نهاية
الشهر الثاني والذي نتج من جملة اقيسة لاجنة كثيرة على حسب مشاهدات
المؤلف هو ما سيذكر

ففي اثني عشر يوما ثلاثة خطوط وفي خمسة عشر الى عشرين يوما خمسة خطوط
الى ستة وفي شهر ثمانية خطوط الى عشرة وفي ستة اسابيع قيراط الى خمسة
عشر خطا وفي شهرين قيراط ونصف الى قيراطين وفي ثلاثة اشهر ثلاثة قيراط
وفي اربعة اشهر خمسة قيراط وفي خمسة اشهر من ستة قيراط الى سبعة وفي
سبعة اشهر من ثمانية قيراط الى تسعة وفي سبعة اشهر من تسعة قيراط الى
عشرة وفي ثمانية اشهر من عشرة قيراط الى احد عشر وفي تسعة اشهر من
احد عشر قيراطا الى اثني عشر ولان ذكر في القسم الآتي على الاثر الصفات
العامة التي توجد في الجنين المشاهد من الظاهر في اوجه مختلفة من سيره

(القسم الثاني)

(في الجنين)

(الفصل الاول)

(في اسنان الجنين ونموه التدريجي)

يمكث الجنين البشري مدة بدون ان يوجد جلده الحقيقي فالدائرة التي يقوم منها
اولا انما هي جوهر هلامي متجانس قليل القوام ولا تميز بشرته عن ادمته
الا بعد الشهر الثاني وفي ثلاثة اشهر تميز الاغشية المجمللة وتكون هلامية
ايضا ووردية اللون زاهية وتبقى الاجفان مطبوقة كالقلم ايضا ويكون الانف
بارزا جدا والرأس كبيرا وتتشاهد بواسطة الشفافية اقواس الاضلاع وعظام
الساعد وتصبح اصابع اليدين والرجلين منفصلة عن بعضها انعزالا تاما والسطح
الظهري لا طرفه ايعطى بصفايح محمرة على شكل الاظفار وفي اربعة اشهر
يزيد قوام الجلد ويتقوى بمجبوب دهنية في بعض الخصال وتبدأ انقضية اترأس
بزغب ويتكون الصفن او الاظفار الصغيرة والكبيرة وينفتح الذمرج

وفي خمسة اشهر يشاهد احيا نازع خفيف وبعض اجزاء من دهان دهني
في بعض محال من الجلد ويتبدأ ظهور الشعر غير انه يكون ابيض او بدون لون
محدد والاعنسية المائلة تكون شفافة وان كانت دائما وردية وقليلة الانبساط
والاظافر تنضج والحبيل السري يبعد جدا عن القضيب او البظر ولا يتميز حينئذ
الخدقة ويكون طول الطفل من سبعة قراريط الى ثمانية

وفي ستة اشهر يظهر زغب الجلد وطبقته الدهنية اقل في الابط والاربية
ويسهل تمييز الشعر عن غيره من الزغب وتزول شفافية الايجقان ويقال ان
حدقتا جنين لم تزل غير مشاهدة الى الآن والظاهر الى العكس بل هي عريضة
بسطاواتها الخجيرة يشغل وسط المحور الكبير الجنين الذي طوله كله من تسعة
قراريط الى عشرة

وفي سبعة اشهر يطول الشعر ويتكون ويتشعر الزغب الجلدي والدهان الجلدي
ويقل تلون الجلد وتعرض الاظافر ويتطام الغشاء الحدقي على ما زعم بعض
المؤلفين لكن غير ~~ككيد~~ وجود هذا الغشاء في الحبل الذي يربطونه عموما
فان عندي ادلة تحمل على ظن ان القرنية تتولد اولاهيئة حلقة تنمو بعد ذلك
من مركزها حتى انها في الاخر لا تترك الا الفوهة المسماة بالخدقة والسرة
حينئذ لم تزل اسفل عن وسط الجنين وتظهر اعضاء التناسل الطاهرة ما عدا
الاعداد المنوية في الذكر ~~ويكون~~ طول الجنين الممدود جيدا ثمانية ارباع من قدم
فرنساوي

وفي ثمانية اشهر لا يتميز الجنين بشئ رأى الا بالعظام في السكال وطوله تقريبا
نفسه عشر قيراطا وشعره رأى التلون وجلده المغطى بمادة دهنية وبوبريسمك
ويصير اقل سلاسة مما كان في الزمن السابق والفك السفلي الذي كان قصيرا
يبدأ يصير طوله كالعلوي ويزيد قوام الاظافر

وفي كال الاشهر يختلف حجمه ووزنه بانتهلا في الاجنة وان كان نموه الى الآن
باتنظام ~~ككامل~~ مع ان معرفة ذلك ولو تقريرية مهمة في العمل عند القوايل
ففي ذلك الزمن اي زمن كماله تكون سعة قطره القمح دوى الصعصع اثني عشر

قيراطا وطوله المتوسط اذا كان ممتدا من قمة الرأس الى العقب ثمانية عشر قيراطا وكثيرا ما يكون ستة عشر وسبعة عشر وتسعة عشر وعشرين بل واحد وعشرين قيراطا ويندر جدا ان يكون الطول اثني عشر قيراطا وثلاثة وعشرين وامادعوى انه شوهد من طوله خمسة وعشرون او ثمانية وعشرون او ثلاثون او ستة وثلاثون او عشرة او ثمانية او ستة فالظاهر انها من حكايات العامة

واما وزن الطفل حينئذ فالعادة ان يكون ستة ارطال او ستة ونصف او سبعة واحيا ثمانية ويندر ان يكون تسعة او عشرة والقابلة لسبيل لم تجد في اربعة آلاف جنين من جاوز اثني عشر رطلا مع ان بودلول ذكرانه وجد من وزنه ثلاثة عشر الاربع رطل وقد ذكرنا انه يوجد من وزنه خمسة ارطال او اربعة بل او ثلاثة او اثنين ونصف لكن الظاهر ان هذه الاجنة لم تصل الى غاية مدتها هذا وربما احتج بمعرفة الطول النسبي لاجزاء الطفل المختلفة في الطب الشرعي لاجل تعيين السن فعلى رأى شوسيه اذا اخذنا القدر المتوسط لطول الجنين وهو ثمانية عشر قيراطا يوجد عشرة قراريط واربعة خطوط من قمة الرأس الى السرة وسبعة قراريط وثمانية خطوط من السرة الى الاخص واحد عشر قيراطا وتسعة خطوط من العانة الى قمة الرأس وستة قراريط وثلاثة خطوط من العانة الى العقب وقيراطان وثلاثة خطوط من الترقوة الى الطرف السفلي من القص وستة قراريط من طرف القص الى العانة ويوجد من طرف الترقوة الى اخرى الى نظيره اربعة قراريط ونصف يسهل ارجاعها الى ثلاثة ونصف بالضغط على الكتفين واعظم سمك مقدم مؤخر الجنين في الصدر اربعة قراريط واما بين العرفين الحرقطين فتلاثة قراريط

(الفصل الثاني)

(في رأس الجنين البالغ الكمال)

من المهم للقوابل دراسة الرأس الذي هو اعظم بقية اجزاء الجنين واقل قابلية للانضغاط

(المبحث الاول)
(في العظام)

العظام المكونة له تكون اقل صلابة مما في البالغ ومنفصلة عن بعض ما بمسافات غشائية يختلف عرضها فاعظم الجبهة مكون من قطعتين مساويتين لبعضهما والجزء المسطح من عظم القمعدوة والقشري من الصدغي يكونان في الغالب منفصلين عن العذرة وعن الحديبات العقدية واما التواء القاعدي وجسم الوتدي والجزء العفري من الصدغي والقطع التي تتركب منها قاعدة الجمجمة فتكون كلها متعظمة او انه يتكون منها كتلة غير قابلة للانضغاط مع الغضاريف التي تضمها ببعضها

(المبحث الثاني)
(في الدروز)

دروز الجمجمة اكثر عددا وفتح كاو عرضا في الجنين منها في الكبير ولما كانت تستخدم مع البوافخ لوصف اوضاع الرأس كان من المهم للقابلة استحضارها في الحافظة * فالدرز السهمي المسمى بالمستقيم او المقدم الخلقى يمتد من اعلى الانق الى الزاوية العليا للقمعدوة ويصح ان يقسم الى جزئين جزء انفي جدارى يضم قطعتي العظم الجبهي وجزء جدارى يفتح من استناد الجدارين بحافتيهما على بهضمهما * والدرز الجبهي الجدارى المسمى بالاكليلى والمستعرض والمقدم يقاطع السابق على زاوية قائمة في محلي اتصال نصفيه ببعضهما * والدرز القمعدوى الجدارى المسمى بالداالى والخلقى والقمعدوى لا يظهر الا انه تفرع من الدرز السهمي * واما الدروز القشرية او الصدغية الجدارية فليس مهمة الذكر في كتب القوابل لانها مخفية بطبقة سميكه من الاجراء الرخوة

(المبحث الثالث)
(في البوافخ)

يوجد عادة في محال تقاطع او انتهاء هذه الدروز مسافات غشائية تسمى بالبوافخ * فالبافوخ المقدم او الجبهي يتكون من اربع زوايا عظمية ثنتين

علويتين

علويتين لقطعتي عظم الاكليل وثنتين مقدمتين علويتين للحدارين وهو ضيق
او واسع على حسب كون الزوايا البرزاواحف وشكله معيني فلذلك يكون اكثر
استطالة بين جزئي الاكليل اكثر منه بين الحدارين * واليا فوخ الخلقى
او القمعدوى الذي يكون جزءا من قبة الرأس يشغل الهل الذي يختلط فيه
الدرز السهمي مع الدرز الدالي وهو ضيق جدا وكثيرا ما يعسر تمييزه وشكله
مماثل ولا يمكن اشتباهه عند القابلة بالسابق لكن من حيث انه ينقسم احيانا
الى جزئين بدرز متوسط وان الزاوية العليا للقمعدوة قد تعدم بالكلية فيبقي
ان تذكر انه لا يذهب منه الا ثلاثة فروع من الدرز واذا كان هنالك اربعة
اتجه بالاثنيان بانحراف نحو التتوالحلي ولا يتصل بالان بزاوية قائمة كدروز
اليا فوخ الاكليلي وهذا عظيم الاهتمام لانه هو الذي يعلن بقمة الرأس
واليوافخ السفلية اي الجانبية عددها اربع في كل جانب اثنان وتناهد في محل
انتهاء الدرزين المقدم والخلقي وليس لهما استعمال في عمل الولادة وقد توجد
يوافخ في الرأس على سبيل العرض

(المبحث الرابع)

(في اقسام الرأس)

يقسم الرأس ايضا الى خمسة اقسام احدها علوى حيث يشاهد فيه من الخلف
قبة الرأس ومن الامام هذه القمة والحدار ومن الوسط القمة ايضا ومحدود
من الاسفل بالدائرة القمعدوية الجبهية وثانيها سفلى هو قاعدة الجمجمة
والجزء الخلفي من الوجه وثالثها مقدم او وجهى محوى في الدائرة الجبهية
الرقيقة ورابعها وخامسها جانيان او صدغيان يحتويان على ما تركه الثلاثة
السابقة فيما بينها واباها بالظفر للولادة تكون على النسبة لابعاد القطر
القمعدوى الدقي وذلك يصير مجيئهما عند الولادة مضرا

(المبحث الخامس)

(في شكل الرأس)

رأس الجنين عظيم الاهتمام بسبب قابلية قوته للاقتناء وشكله يضاوى

تساجر العلماء في حيثه فقال قابرون ان طرفه الغليظ من الخلف وقال غيره من
الامام فاذا كانت الحدة القصودية الظاهرة شاغلة لمركز المضيقين مدة الطلق
لزم ان تنقق على ان الجزء الغليظ من الشكل اليضاوى يكون في الوجه لكن
اذا مسك الرأس من الذقن كان طرفه الغليظ ولا بد ملتقنا الى الخلف
غير ان هذا كله تساجر في مجرد الكلمات فانه اذا عرفت ان جميع اقطار النصف
الخطي للجمجمة تقرب من ثلاثة قراريط ونصف وان نهاية اعظم اقطار الوجه
انما يبلغ ثلاثة قراريط انضح انه لا بد من ان يتبع رأى قابرون وهو ان القصودية
هي في الحقيقة الطرف الغليظ لرأس الجنين

(المبحث السادس)

(في اقطار الرأس)

محاور الرأس اى اقطارها خطوط وهمية تمر من جانب الى آخر في اتجاه
محدود ويمكن تضاعفها الى نهاية غير ان التي منها يأتى اقطار الخوض
اى محاوره هي التي تستحق الاتباه واطن انه يمكن ان يعتبر منها سبعة احدها
القصوى الذقنى طوله خمسة قراريط ويؤخذ من الجزء الابرز من القصودية
الى طرف الذقن وهو المسمى بالقطر العظيم او القطر المنحرف وهو اعظم الاقطار
ثانها القصوى الجبهى طوله اربعة قراريط تقريبا ومحمد من الحدة القصودية
الى الجبهة ويسمى ايضا القطر المستقيم او المقدم اطلقى ثالثها الجدارى المزدوج
او المستعرض يذهب من حدة جدارية الى نظيرتها وطوله ثلاثة قراريط وربع
او ونصف رابعها الصدقى المزدوج والا صغرى يقاس من بحدرتى الزوجى
الى مثله من الجهة المقابلة وطوله من قيراطين ونصف الى ثلاثة خامسها
القائم او الخرزى القمى نسبة الى خرزات الامتق وقعة الرأس وهو يمر عموديا
فى الرأس بنزوله من القمة الى الجزء المقدم من الثقب القصوى وطوله تقريبا
ثلاثة قراريط ونصف سادسها الجبهى الذقنى او الوجهى وطوله ثلاثة قراريط
سابعها القصوى القمى وهو اجماع وطرفه الخلقى يلزم ان يكون موضوعا
بين الحدة القصودية والثقب القصوى ويذهب حتى ينتهى في اليسافوخ

المقدم وطوله اربعة قرايط الاربع قيراط

(المبحث السابع)

(في دوائر الرأس)

والاقطار التي ذكرناها يصحبها مثل عدد هامن الدوائر التي تسمى باسمائها ايضا
وطولها يختلف * فاولها الدائرة القمعدوية الدقنية او المحيط الاعظم يقسم
الرأس الى قسمين جانبيين متساويين وتخرج ذلك على طرفي المحور القمعدوي
الدقني وثقاس بطوله ثلاث مرات وعلى طرفي المحور الجبهي الدقني والقمعدوي
الجبهي والقائم والقمعدوي القمي * وثانيها الدائرة الوجهية تخرج على الجبهة
والذقن والوجنتين * وثالثها دائرة القطر القائم تمر في زمن واحد امام الحدين
البدارين بقليل فتقسم الرأس الى قسمين بالعرض * ورابعها دائرة القطر
القمعدوي الجبهي التي تعانق في آن واحد اطراف القطر المستعرض فتفصل
اقصبا القبوة عن قاعدة الجمجمة * وخامسها دائرة المحور القمعدوي القمي
التي هي ايضا الدائرة المخصوصة بالقطر البداري المزدوج وهي اهم الجميع
اكونها تجاور في الغالب دائرة مضيق الحوض * وسادسها دائرة القطر الصدغي
المزدوج او اصغر الدوائر وتخرج في آن واحد على طرفي المحور القائم والقمعدوي
القمي ولا يعظم الاهتمام بها الا اذا كان الرأس صغيرا جدا فتكون معرفتها
مهمة في العمل لانه اذا وضع وترها اعني المحور الصدغي المزدوج مجاورا
للاقطار المعيبة للحوض التي يلزم ان يمر منها الطفل عرف بالضغط ان كانت
الولادة ممكنة او غير ممكنة

(المبحث الثامن)

(في باختلافات في هذه الاقطار)

هذه الاقطار قد تكابد درجات مختلفة في القصر والاستطالة سواء كان
ذلك من تأثير الانقباض الرعي او من الفعل الميخانيكي اللاكيات
التي تستعمل احيا تازمن الطلق فالقطر القمعدوي الجبهي المضغوط من
طرفيه قد يقصر بعض خطوط بسبب تصالب الحواف المتجاورة من العظام

الجبهى والقعدوى وعظمى الجدار ومثل ذلك في القصر ايضا المحور المستعرض
والقعدوى القمى متى اتجه الضغط بالخصوص على نقطتين متقابلتين
من دوائرهما فينتج من هذا الانتظام * اولان اقطار قبوة الجمجمة تكون
وحدها قابلة للنقص مدة الطلق * وثانيا ان الولادة لا يمكن بالطبيعة بدون
اعانة متى كانت اقطار الحوض اقل امتدادا من اقطار قاعدة رأس الجنين *
وثالثا ان بذلك يكون كل من الضغاع الشوكى والحلبة الخفية والحديسان
التوءميتان واذرعة الخنخ والمخ محفوظا من جميع الاصابات واما القصوص
الخفية والخفية التي ليس لها دخل في حفظ الحياة النامية فقد تضغط وحدها
انضغاطا خفيفا

(المبحث التاسع)

(في قياس الرأس)

استشعر الزوايل من زمن طويل بالاحتياج الى واسطة تعرف بها الاختلافات
الكثيرة القابلة لهما اقطار الرأس مدة ككون الجنين محورا في اعضاء الام
غير ان اجتهاداتهم الى الآن لم توصلهم الى تلك الغاية قط الماذكروا مقاييس
وكيفيات كثيرة بدون فائدة صحيحة قال المؤلف واظن انه لا بأس بذكر نتي من
اشغال بعض اخواني في الدراسة على هذا الموضوع

وذلك ان الطبيب فوليوس ثبت عنده من قياس جملة رؤس جافة اولان الخط
المستمد من الدرز الجبهى الانفى الى الحافة السفلية العليا يقرب من نصف
خط آخر ممتد من الزاوية العليا العظم القعدوة الى الثقب العظيم القعدوى
ثانيا ان المسافة الفاصلة بين الدرز الجبهى الانفى والجبهى الجدارى عن
بعضهما مساوية للمسافة التي توجد بين الحافة الخلفية للاكليلى ورأس
القعدوة * ثالثا انه اذا زيد خمسة خطوط اوسنة على القوس القعدوى حصل
طول الدرز السهمى * رابعا ان القطر الجدارى المزروع اطول بستة خطوط
من الدرز السهمى * خامسا ان الخط الوجهى اذا كرر ثلاث مرات يعطى ايضا
امتداد القطر المستعرض * سادسا ان القطر القعدوى الجبهى يزيد بنسبة

خطوط عن طول القطر الجدارى المزدوج بحيث انه وقت الطلق اذا امكن ان يقاس بالضبط الخط الجيبى الفكى والقوس الاثنى الجدارى والقوس القمعدوى والدرز السمنى سهل ان يعين بعد ذلك امتداد المحورين المقدم الخلقى والمستعرض للجمجمة قال المؤلف ويظهر لى ان ما ادعاه هذا الطبيب صحيح عموما وان عارضوه بجمادات كثيرة لكنى رأيت ايضا ان العروق النسبية التى وضعها مختلفة جدا بحيث يعمر ان يستفاد منها فائدة عظيمة وعلى فرض انها فى نفسها صحيحة مضبوطة كيف يحرق بالضبط فى داخل الاجزاء الرخوة سيما فى باطن الام الطول الصحيح للقوس القمعدوى المؤخرى او القوس الجيبى او الخط الوجهى اظن ان هذائى غير ممكن وانما لا بأس ان ننبه هنا كما نبه غيرنا على ان رؤس الصبيان اكبر من رؤس البنات بجزء من عشرين او من ثلاثين وبسبب ذلك كان الموتى فى طلق الولادة من الصبيان اكثر من البنات

(المبحث العاشر)

(فى مفصل الرأس مع العمود)

مفصل الرأس مع العمود الفقري يحتاج الى اهتمام عظيم ولعدم دراسة هذا المبحث دراسة كافية كان كثيرا ماتت الاجنة على يد كثير من القوابل وقت الولادة مع انهم كانوا قبل ذلك فى غاية الشدة والقوة فاقبال المحور بالمقعدوة مفصل ضيق لا تحصل فيه الا حركة انثناء وانسباط واتصال المحور بالقمعة رزى استدراى مهيب بحيث ان حركة مدار الرأس اذا جاوزت ربع دائرة تباعدت اسطحة المفاصل عن بعضها فعند ذلك ينضغط النخاع الشوكى ويتزق ويرض بشدة فاذا جاوز ذق الجنين محاذاة الكتف بذهابه الى الخلف حصل الموت حالا ومن جهة اخرى يوجد فى المفصل القمعدوى الفقري سبب كثره الجهيء بالقمة بالنسبة للوجه فان الرأس بالنظر لجهته المقدمة الخلفية من حيث انه مسند على رأس السلسلة يكون كرافعة من النوع الثالث فى مدة الطلق تكون القوة فى العمود الفقري ويلزم بالضرورة ان تكون نقطة الارتكاز فى احد طرفى القطر القمعدوى الدقنى والمقاومة فى الطرف الاخر فانخفاض المؤخر

في معظم الاحوال وعدم انخفاض الذقن قبل ذلك الاعلى سبيل النذرة
انما نشأ من كون القوة اثرت على الطرف القمعدوى لهذه الرافعة اكثر
من تأثيرها على الطرف المقابل فيكون قرب التئوين العقدين الاول من
هذين الجزئين اكثر من قريهما الثاني

(الفصل الثالث) (في هيئة وضع الجنين في الرحم)

الكلام في ذلك محصور في جملة امور الاول ان الجنين مدة الحمل يكون
مختبئا على سطحه المقدم بحيث تتكون منه دائرة تامة او غير تامة وعند كمال
اشهره يكون الرأس مائلا على الصدر والارجل مرتفعة على مقدم الساقين
والساقان منثنيتين على الوجه الخلفي للفخذين والفخذان على الوجه المقدم
للطنن والعقبان تتصالبان وتقربان بجذ اللوركين والعضدان تكونان على
جانبي الصدر والساعدان ثنيتان وتتصالبان على مقدم القص وكان الذقن
ساكن بين اليدين فيكون من جميع ذلك كتلة بيضاوية جزؤها الغليظ الملتفت
تحوه في الرحم هو الطرف الحوضي للبدن ورأسها هو الطرف الخفي الذي
يستند على عنق الرحم في هذه الحالة يبلغ قطر العظم الذي هو القمعدوى
العصص اثني عشر قيراطا وربما نقص عن ذلك قيراطا او قيراطين بسبب
الضغط على طرفه

الثاني يقرب العقل ان هيئة وضع الطفل في بطن امه الى نهاية الحمل جارية على
مقتضى ضوابط الثقل فمن حيث انه في ابتداء معلق في مركز البذرة بالجيبيل
السري ومائت متحرك في وسط السائل الامنيوسي يذهب طبيعة فهو اهل جزء
من التجويف المحتوي عليه ولما كان الجيبيل اقرب في اندغامه الى العصص
من عظم القمعدوة كان الطرف الخفي من الجنين هو الذي يتبع اميل جزء من
الرحم وحيث كان عنقها انزل الى الاسفل من قعرها حتى ولو كانت المرأة
نائمة يكون من الواضح ان الرأس يلزم ان يتجه نحو المضيق العلوي في معظم
الاحوال واختار كثير من المؤلفين اول هذا الرأي وقالوا لا رسلطاطا ليس

غير انهم في القرن السادس عشر والسابع عشر العيسوي جعلوا سبب ذلك
ارادة الطفل فقالوا ان الجنين اذا احس بالهواء التزم ان يخرج رأسه اولا فيديره
الى الاسفل ليبي نفسه للخروج باحسن حالة واما المتأخرون فاعظمهم رجع
الى رأى القدماء وانما شذ منهم ديواس فقال ان الميل الطبيعي هو السبب
في توجيئه الطفل رأسه فهو القوة السفلى الا ان السبب هو الثقل واستنتج
ذلك من تجربات علمها فظهر له ان الاجنة الذين يموتون عند الولادة بأنون
برؤسهم واما الذين يموتون قبل ذلك او الذين لا توجد معهم امارات الحياة
المستدامة او المشوهون في الخلقة فانهم اعدم وجود الميل الطبيعي عندهم
يكون مجيئهم بالرأس اقل من مجيئ الاجنة الاحياء الجيدة التركيب وايضا
فان الحيوانات تأتي برؤسها لما عندها من ذلك الميل والافضوايط الثقل
تنتج العكس وود المؤلف ذلك حيث قال ان ما ذكره ديواس مخالف بالكافية
لما وجد في امرأة كان الجنين في رحمها شاغلا تجويها ايضا وجميع مسطحاته
تتقارب وتقبل لان توصل للعنق الجزء اذ نظم والا صلب من الجسم الهوى
فيه وكانت القوة هي الجزء الاميل سواء في الوقوف الانتصابي او الاستلقاء
فالوثب والمشي وبقية حركات المرأة بل وحركات جنينها تلزم الجنين بان ينزل
بالرأس لا بالبقعدة والحبيل وان لم يحفظه سابجا في مياهاه آخر الحمل الا انه
يعين على هذا الانزلاق فلذا غير الجنين موضعه من داته رده السكون حالا
لوضعه الاول فعدم كثرة اوضاع الرأس اذا كان الجنين ميتا ومشوه الخلقة
او في حالة الاجهاض يكون سببا في الاعضاء او صغر حجمها او عدم انتظامها
وهذا بقوى المذهب القديم لانه يبطله وهيئة اعضاء الام في الجاهنم والثقل
النسبي لاعضاء الجنين يوضحان ايضا ذلك ولا بد لان على وجود ميل طبيعي لها
فالاقرب ان الثقل والهيئة النشريحية للام والجنين هما السببان اللذان
يحملان الرأس على الذهاب اولا فهو مضيق الحوض

الثالث اختار بعض القدماء وضعا آخر للرأس فبقراط وجالينوس ذهبا الى
ان رأس الجنين يكون من الاعلى والطرف الحوضي يقبضه فهو حرف الحوض

والجزء الخلفي من المقعدة يستند على الزاوية العجزية الفقرية الى نحو التهر
السابع ثم ينقلب بحركة عنيفة تشبه ان تكون تشنجية بحيث تأخذ الجبهة
الحمل الذي كان مشغولا بالمقعدة وبالعكس وبقي هذا الرأي مختارا عند الأكثر
بفرانس الى زمن بودلوك وكان له في كل زمان من يعارضه ويتقيه حتى ان
ارسطاطيليس قال ان اجنة الحيوانات تنحني بالراس في جميع ازمنة الحمل
وقال غيره ليس للجنين وضع مخصوص

وانت جزا طيب بمدينة ليون ان الجنين يكون اولا موضوعا بالعرض
ولا يغير وضعه الا قرب الشهر السادس انتهى فاذا ماتت الحاملة قبل السابع
فان راس الجنين يدور نحو عنق الرحم كما يكون كذلك عند الولادة الكاملة
قال المؤلف وقد قهقت جثة خمس نسوة متن بين الثالث والسادس من الحمل
ففي اربع منهن كانت القعدة مائلة الى الاسفل وكثيرا ما يشاهد مجيء الجنين
بالراس في الاسقاط كما يكون زمن الولادة الطبيعية انتهى ثم ذكر انه شاهد
في نحو خمس وعشرين ولادة كاذبة من اربعة اشهر الى سبعة فلم يكن فيهن
الا اربع جاء الجنين فيها بالمقعدة اولا ومن جهة اخرى لا يندران يكون القنق
رخو اقبل السليج بحيث يتأني ادخال الاصبع فيه فتمس البذرة عارية في الرحم
ففي تلك الحالة يتيقن ان الراس هي التي من الاسفل وبؤيد ذلك ايضا ما ذكره
المتأخرون وجز مواهب واخذوه من طول الجنين بالنسبة لابعاد تجويف الرحم
فقالوا ان الجنين من حيث ان طوله من عشرة قراريط الى اثني عشر في الشهر
السادس فضرورة لا يمكن ان ينقلب من هذا الزمن في رحم قطراء المستعرض
والمقدم الخلفي انما هو من ستة قراريط الى ثمانية ثم غفلوا عن ان الجنين ملفوف
على نفسه في الامنيوس فبدل ان يكون محوره العظيم اثني عشر قراريط كما يكون
من ستة الى ثمانية وغفلوا ايضا عن ان الجنين حتى في وقت الولادة الطبيعية يغير
احيانا وضعه مدة الطاق وان قطره الذي يمر من القعدة الى العنق لا يزيد
عن طول القطرين الا قليلا للرحم زمن نمو ذلك الجنين فاذا ن ليس من الصحيح
ان يتسلك بان الاقطار النسبية للرحم والجنين تكون مانعا قويا لحركة

الانقلاب فاذا لم يوجد هذا الانقلاب فذلك لان الثقل النسبي للرأس والقوانين
المخاتكية تمتع حصول ذلك وحيث ان الكمية النسبية للماء تكون اكثر
كلما كان الحمل اقل قد ما يكون من البين ان الجنين يأخذ دائما في قلة التحرك
ولا يمكنه ان يتقلب دفعة بعد الشهر السابع كما كان يفعل قبل سيمتقرب هذا
الزمن وهذه خاصة تنفس فيه القوايل والحبالي

(الباب الثاني)
(في تضاعف الاجنة)

الغالب ان لا تلد المرأة الاجنينا واحدا وقد تلد اكثر من واحد غير ان هذا
الحمل المضاعف وان كان كثير الحصول في جميع البلاد الا ان عدده بالنسبة
للعمل المفرد اي البيضا يختلف باختلاف الاقاليم والبلاد فتارة يكون بنسبة
واحد الى تسعين وتارة اكثر او اقل واما تنليث الاجنة فتقليل جدا والاربع
نادر وقد شوهد خمس اجنة في رحم واحد وذلك معلوم من قديم فقد ذكر
ارسطاطاليس تاريخ امرأة جاءت بعشرين ولدا في اربعة بطون وشوهد ذلك
ايضا في المارستان المسى بيت الله بياريس وقد ذكر جلويينج ولادة تحتوى
على سبعة اجنة واحد كامل الا شهر واثنان في سبعة اشهر تقريبا واربعة في
ثلاثة اشهر تقريبا وذلك غير مستغرب هذا بالنظر للمباحث العلمية اما بالنظر
للتواريخ حيث يقع فيها تساهل كثير فقد ذكر واما هو اكثر من ذلك الى اثني عشر
كالا صايح واثنين وعشرين بل الى سبعين في حمل واحد وحكي ثلاثمائة وخمسة
وستون جنينا في حمل واحد ايضا وغير ذلك من الخرافات

والبحث عن ذلك مما لا طائل تحته وانما يمكن ان نقول ان بعض الأشخاص
تمتع بمخاصة تلقيح عجيب فتارة يكون ذلك من قبل المرأة وتارة من قبل الرجل
وقد رأينا كثيرا من ذلك ثم ان الاجنة لحمل واحدة او ضلوا لتسعة اشهر
كان الغالب ان كلا منهم يكون اصغر حجما مما لو كان مفردا والتويمان اقل
اكتسابا للغواص الحيوية من الجنين المفرد والثلاثة قد يولدون احياء لكن
الغالب موتهم بعد الولادة بقليل والغالب عدم وصولهم الى نهاية الحمل

الاعتمادى وبعضهم يموت في البطن فيخرج على اجهاض البذرة كلها
او يخرج وحده كما شوهد ذلك ثم يسير الحمل بالباقي سير طبيعيا وكثيرا ما يبقى
في غلافه ويتغير كثيرا اوقليلا ولا يخرج الا مع الآخر عند الولادة وتارة يصير
معيب التكون قبل ان تنقطع حياته ويلتصق بالآخر او يبقى غير متعلق به
الى آخر المدة وعلى هذه الاحوال يبنى تاريخ الحمل على الحمل والذي عثر
المشاهدون اولا في ذلك هو ان الاجنة الميتة تحفظ في الغالب معظم صفاتها
الطبيعية بعد مكثها في الرحم مدة اشهر فقد شاهد مورسوس جنينا له اربعة
اشهر تقريرا وخرج من بطن امه مع جنين مستوفى الاشهر حتى * ومثال
نظير ذلك لطبيب كميل لم يخرج الجنين الميت فيه الا في اليوم الخامس
من الولادة ومثال لافوس وجد فيه الجنين المذكور في وسط مشيمة الجنين
الكامل وكان رأسه مفرطعا ومنظرة كنظر جنين له اربعة اشهر او خمسة
وامثال ذلك كثيرة وقد يفسد الجنين الميت وقد يخرج قطعاً واما الاغشية
والمشيمة فتتضرر دائما وربما حصل في المشيمة فساد ايضا

(الباب الثالث)

(في الحمل على الحمل)

اما الحمل على الحمل فهو احيا بذرة في امرأة تحتوى في محبل من اعضاء
تماسها على جنين ملقح قبل ذلك ووجود ذلك وامكانه تحقق واثبت طورا
فطورا عند الفسيولوجيين في الاجيال السالفة وذكر ذلك ايضا الرسطاطليس
قال اذا تولد جنينان احدهما بعد الاخر قليل فانهما يخرجان كأنهما توأمان
وبجميع قصص الحمل على الحمل يظهر لي انه يمكن نسبتها لاحد امور اربعة * اولا
الحمل مزدوج مات فيه احدا الجنين قبل تمام اشهره وبقي محفوظا في اغشيته
لم يخرج الا مع الجنين الحي * وثانيا الحمل توأمين غير متساوين في النمو وبرزا
الى الدنيا حال كونهما مختلفين في كمال الاشهر * وثالثا الحمل خارج عن الرحم
غير مانع للحمل الطبيعي * ورابعا الحالة رحم ذات قرنين
اما الاول فانه كثيرا ما يشاهد في الحمل المضاعف ان احدا الجنين تنقطع

حياته ولا يوجد فيه عند ولادة اخيه الا صفات جنين له شهران او ثلاثة
او اربعة او خمسة او ستة وان كان له في الواقع تسعة اشهر ومن المعلوم ان معظم
المشوهين في التكون يوجد جمعية جنين جيد التكون قد وقع ان امرأة ولدت
جنينا مينا كاملا ووجد الحكيم مجنوت في مشيتها جنينا آخر فقد منه الرأس
والعنق والاذرعة وامرأة اخرى ولدت جنينا قويا في غاية السكمال على يد
القبالة فوريت واعطت مشيتها لأمه واقف ليجت فيها فرأى بعد جزء صغير من
الحبل كتلة لحمية معلقة بعنق طوله قيراطان قال وسهل لي تحقق ان ذلك
بقية جنين وشاهد هذا الطبيب امثلة من ذلك كثيرة قال واتفق ان امرأة
ولدت في يوم واحد جنينا كاملا وعلاقة طولها كالاصبع ~~وكما~~ ناهويين
في غلاف مشترك بينهما ورويش رأى امرأة جراح بمدينة امستردام ولدت
اثنين احدهما جنين في غاية الحياة التامة وثانيهما علقه مملوه حبلها بديدان
حوصلية ولم يعط لتلك العلقه من السن الا ثلاثة اشهر والامثلة في ذلك كثيرة
والمؤلفون حقهوا ان هذه الاحوال انما هي من الحبل على الحبل

واما الثاني فانه اذا كان جنينا في رحم جازان يملوا احدهما بسرعة اكثر
من الآخر وان يخرج احدهما قبل كمال اشهره ولا يخرج الاخر الا بعد ذلك
ومن ذلك ما اتفق ان امرأة ولدت ولادة كاذبة بعد اربعة اشهر ونصف من الحمل
وبعد اربعة اشهر من ذلك ولدت صبيا تام الصحة والسكمال وامرأة اخرى ولدت
ولدا تام الا شهر وبعد خمسة اشهر ولدت ولدا آخر تام الا شهر ايضا ~~وكذلك~~
مشاهدة الطبيب استيرفوس لجارية سوداء ولدت ولدا اسود له ثمانية اشهر
تقريبا وبعد بعض ساعات ولدت ولدا ابيض له اربعة اشهر تقريبا وفيه علامات
الحياة وهذا امر يعسر توضيحه ان كان صحيحا

واما الثالث فانه اذا حصل حمل خارج الرحم انتفخت الرحم احباتا وملئت
بمادة قابلة للتجمد كما في العلوق الاعتيادي فحينئذ يظهر ان الحبل على الحبل
غير ممكن حينئذ اما لو بقيت الرحم على حالتها التي كانت عليها قبل التلقيح لجاز
ان يحصل علوق جديدة مدة سير الحمل الاول كما هو واضح قال المؤلف ولنذكر

زيادة على ما سبق من الامثلة مثال حمل خارج عن الرحم مكث ثلاث سنين
وفي تلك المدة ولدت المرأة ولدا كامل الخلق والاشهر وشاهد اكلية امرأة
ماتت بغتة فوجد فيها جنين خلف الرحم في تقعر الحوض وكان معها ايضا
سوى ذلك جنين ثان في باطن الرحم نفسه

واما الرابع فان الرحم اذا كان مقسوما الى تجويفين مجاز عمودي بينهما
وافتح كل منهما على حدته في اعلى المهبل كان من الواضح انه يصح ان يلقح
بذرتان بينهما مسافة اعنى ان يحصل حمل على حمل ومن ذلك امر ذكره سائتان
وقتلته عنه القابلة بوافيق وذلك ان امرأة سنها اربعون سنة ولدت بنتا وبجث
في تجويف رجاها فلم يوجد شيء ومع ذلك بقيت بطنها منتفخة فوضعت بعد نحو
سبعة وخمسين يوما ولدا جديدا

فالحبل على الحبل المسمى بذلك حقيقة ينبغي اختيار وجوده واقله انه ممكن
قد شوهد ان امرأة من شرلستوف مدينة من جزيرة من جزائر اتييلة بالاميرقة
ولدت في يوم واحد توأمين احدهما اسود والاخر ابيض وذكر في سبب ذلك
انها في صباح يوم خرجت من حضن زوجها فرأت عبدا اسود من عبيده يده
طبخة فراودها عن نفسها وخوفها فكتته وشوهد ايضا ان جارية من جودلوب
جزيرة من جزائر اتييلة ايضا ولدت ولدين كاملين الا شهر احدهما اسود والاخر
كلولدين اسود وابيض وذلك لانها في مساء واحد جمعت من اسود
وابيض وجارية اخرى ولدت ثلاثة اولاد واحد اسود وواحد ابيض وواحد
بينهما وخادمة بيضا ولدت في ولادة واحدة بنتا بيضا وولدا في غاية السواد وكان
اتفق انه كان معها في المنزل من الخدم عبدا اسود وخادم ابيض فلما جمعا يحملها
هربا من المنزل واختفا واذ كرغديان ما يشبه ذلك واذا كان ذلك الآن عند
القسجول وجين محققا كان بيان كيفية حصوله في غاية السهولة وذلك لانه يصح
تلقيح بذرتين احدهما بعد الاخرى في امرأة جمعت من اثنين او اكثر في يوم
واحد وفي مسافة يومين او ثلاثة اعنى في اللحظة التي حصل فيها من قبه الجماع
الاول الملقح سكب لبنه في تجويف الرحم فاقبله للتجمد يتكون منها عقب ذلك

الفشاء الساقط وايضا يمكن ان بذرتين احيا بجسم مع واحد ولكن لا ينزلان
 في تجويف الرحم معا بل ينزل احدهما بعد الآخر من طويل وان كمال بذرتين
 قد لا يكون في درجة واحدة عند انضمامهما بالاصل المجهز من الرجل
 وقد يتفق ان لا تفصل احدى البذرتين من المبيض الابهر عظيم قسبي
 ملتصقة به بدون ان تنمو بسرعة كنمو اختها فلا تخرج من الحوصلة وتتر
 في البوق الابعد مدة طويلة * قال المؤلف وانجب من كون متأخرى
 القسيولوجيين بل وبعض اطباء الطب الشرعي اختاروا ان الحبل على الحبل
 يحصل الى ان تصل البذرة للرحم ونازعوا في امكان حصول ذلك فيما بعد هذا
 الزمن وينبغي ان لا يسلم لهم ذلك في كلا الحالتين معا فان اليقظة القابلة للتجسد
 اى الفشاء الساقط هي ايضا كالبذرة نفسها فادرة على ان تمنع ملامسة الاصل
 المنوى الذى من الرجل للذى من المرأة والمشاهدات التى سبق بعضها تؤكد
 ذلك كخروج علقمة باغشبيتها مع جنين كامل الاشهر وكذا جنين ايضا
 مع اسود واما الحالة التى ذكرها ما تون من ان امرأة ولدت جنينا كاملا المنوى
 حيا في كمال اشهره ثم وضعت آخر مثله قويا بعد ثلاثة اشهر من ولادة الاول
 فهذه يمكن ان تذكر علينا ما قلنا اذ لم نشرح حالتها * ومع ذلك لسان قول
 ان الحبل على الحبل لا يمكن الا في امور * احدها في حالة الحبل خارج الرحم
 ثانيا في حالة ازدواج الرحم * ثالثها اذا جمعت المرأة في يوم واحد من رجلين
 مختلفين او من رجل واحد في ازمة متقاربة وتنتهى ذلك بقولنا مادام تجويف
 الرحم غير مملوء بمادة ولم تنسد منها فوهة البوقين كان التلقيح الثانى مقبولا
 للعقل ويمكن ان يختار ان جميع ما قيل الى الآن في الحبل على الحبل ينسب
 لاحد انواع الحمل المضاعف

(التعليم الثالث)

(في قسيولوجيا الجنين اى وظائف اعضائه)

التغذية ودورة الدم والتنفس وقابلية المعيشة هى الوظائف الاربع التى يلزم
 البحث عنها في هذا التعليم

(الباب الاول)
(في التغذية)

جميع الاراء التي ذكروها في كيفية تغذية الجنين ترجع الى اصلين رئيسين
احدهما ان غذاءه يكون من نفس البذرة وثانيهما انه يكون في المجموع
الدوري للام

(القسم الاول)
(فيما قالوه في التغذية من نفس البذرة)

طالما اضطرت آراء المؤلفين في تلك التغذية فيجعلون ذلاً، اما في ماء الامنيوس
اوفي المشيمة اوفي الحوصلة السرية اوفي السحقيمة اوفي هلام الحبييل السري
اوفي الغشاء الساقط

(الفصل الاول)
(في التغذية بماء الامنيوس)

اقدم الاراء واميلها للطبيعة هو ان الجنين يتغذى من ماء الامنيوس ولهم
في بيان ذلك وجهان * احدهما ان هذا الماء من دود ومنهم * وثانيهما
انه تمتص من طرق مختلفة ثم تازعوا فيما تنسب له تلك التغذية هل هي منسوبة
لصفات المغذية التي في هذا الماء او للمادة البنية التي على حسب رأيهم محوية
فيه دائماً واستندوا في رأيهم على ان الحيوانات الصغيرة التي تنفس فيه تعيش
زمننا طول مما اذا غمست في الماء العام وانه يكون اكثر مقدارا وتحملا
للوصول المغذية كلما كان الحمل اقل تقدما وان قوة تشرب الاسطحة الجلدية
للجنين تكون اقل وضوحا كلما قرب ذلك الجنين لكماله وان بعض الاجنة
ولد حيا بدون حبييل سري

ولاحاجة لطالة الكلام والمباحنة في تلك الادلة نهاية ما تنب عليه هنا
هو انه لم يثبت ان الامنيوس مغذ في ابتداء الحمل اكثر من آخره ولان الجنين
يتشرب في زمن اكثر من زمن آخر واما المشاهدات التي فيها عدم وجود
الحبييل السري او غرقه مع التحام طرفيه فهي بعيدة عن الحق غير جيدة

الشرح فلا يوثق بها واما من زعم ان تلك المياه تمتص بالسطح الجلدى
 او انه رأى اوعية لينفاوية مملوءة بسائل يشبه السائل الامنيوس وتمتلى زيادة
 اذا غمس عضوها في هذا السائل بعد ان فعل فيه اختناق فنقول له ما الذى
 ينتج من ذلك على فرض صحة المشاهدة اذ كثيرا ما توجد تلك الاوعية مملوءة دائما
 بمادة مصلية وقد شوهد ايضا تمددها اذا تعطل سير الدم في جزء من عضو او في
 كله وبعضهم وهو ديمبرولنا استند على رأى بقراط وتمسك بان الجنين يتغذى
 بغمه لان له دائما معدة مملوءة بمادة لبنية ومعه فضلات في الامعاء وانه بعد الولادة
 وقبل الرضاع يتغذى غالبا بعصارة مبيضة وانه يحس الاصبع الذى يقدم له حتى
 في باطن اعضاء التناسل ولا يخدم البطن للهضم اذ الم يكن معتادا من زمن
 طويل على ذلك ولقد اغرب هذا القائل حيث قال ايضا ان الجنين يأخذ غذاءه
 اولاً من السائل المنوى المذاب ثم من العصارة اللبنية المحوية في ماء الامنيوس
 ومن هذا القبيل ايضا ما ذكره هالي من انه كثيرا ما وجد السائل الامنيوسى
 في معدة كثير من الاجنة وما ذكره هاستير في بقرة مينة متجلدة فم جنينها ومرثبة
 ومعدته مملوءة بقطع متجلدة متصلة بالسائل الامنيوسى وشاهد كثير من
 متلاحريرية في العقى ولا يمكن ان تدخل هذه المواد في القناة الهضمية
 الا بالازدراء وبعضهم شاهد الاوعية اللبنية مملوءة بالكيلوس وقد شوهد عن
 قريب جنين امعاءه مقسومة قسمين قرب الاعور وكان معه في الجزء العلوى
 من المعاء المجاور للمعدة عقى واما الامعاء الغلاظ فكانت مسدودة بالكلية
 وذكر بواس مشاهدة كانت فيها القناة الغذائية كأنها محتنقة قرب البواب
 ولا تحتوى على العقى الامن اعلى الاختناق واتفق في تجربة بكلاهما انه لو ن
 الامنيوس من كبة بالخبر فوجده في مرقى جنينها وبطنه بعد فتح بطنها
 ولكن نقول هذه الادلة غير متجبة لان بعضها غير مراعى فيه التدقيق والتحقيق
 وبعضها معارض بمشاهدات اخرى قال المؤلف وقد شرحت جنينا كامل
 الاشهر فوجدت مريته انتهى بالانسداد بالكلية عند وصوله للهاب الحاجز
 بحيث لا يمكن دخول شئ منه ومع ذلك كان قولون مملوءاً بالعقى وبعارض

ما قاله دبواس بمشاهدة الحكيم بيت كان فيها المعاء منفصلا ومع ذلك كان
 مملوءا بالعق * فالجنين مدة احاطته بالاعشبة يكون فيه منسدا اقله الى اواخر
 الحمل وايضا فانه يلزم لاجل الازدراد فعل حركة اخذ النفس ورده وارتفاع
 الخبيرة وانخفاضاها * وانظر النمو الحاصل في العديمي الرأس والقم والذين فيهم
 جميع فوهات الغشاء المخاطي منسدة مع ان قناتهم الهضمية تحتوى على العقى
 واما ما يوجد من الامنيوس في المعدة فلا يلزم منه ان الجنين ازدرده وتغذى
 منه لان الغطاس يوجد في معدته الماء بدون ان يشربه ولا حاجة لان تغارض
 من يقول ان الامنيوس اذا ذهب للمعدة يمتص منها وانه كما زعم ديمبر برونه
 لا بد من ان يكون انهمض قبل ذلك ولا من يقول ان جزءا منه ينزل من اعضاء
 تناسل الجنين وانه يمتص ثم يحصل له تنوع في الثديين ثم يذهب الى الغدة
 يتموس والقناة الصدرية ولا القائلين ومنهم بكلا روي غير انه يدخل في القصبة
 الرئوية والشعب حتى ينضج ويخدم لتغذية الجنين فان هذا كله مما يحجب
 السمع والذوق

(الفصل الثاني) (في التغذية من المشيمة)

قال بعضهم ان تغذية الجنين تكون من المشيمة اقله مدة النصف الاخير
 من الحمل ثم ان بعض هؤلاء رأى ان المشيمة تأخذ من الرحم عصارة لبنية
 اى كيلوسا حقيقيا بواسطة قنوات لينفاوية مخصوصة متنوعها وتقلها
 الى اعضاء الجنين وبعضهم قال ان المشيمة لا تأخذ من الرحم الا الاوكسيجين
 فتتم وظائف عضو التنفس وتكون بمنزلة الرئة القسيولوجية للجنين وكان
 الشعب والقصبة هي الشرايين الرجعية

(القسم الثاني) (في التغذية من الام)

تمسك كثيرون بان الطفل يتغذى وينمو بواسطة الدم الآتى له من الام
 لكن تقول هل المغذى هو الدم بطبيعته وكيفيته او يهض من عناصره

وهل يمر باستقامة من عروق المرأة الى المجموع الدوري الذي للجنين وهل
ينكب في الجيوب المشيمية وهل اذا وصل للمشيمة يحصل فيه تغير به يصلح
للتغذية كل ذلك غير ثابت

(الفصل الاول)

(في وصول الدم الى الجنين بدون واسطة)

ظن هنتير وكثير من القوابل ان الدم يمر باستقامة من الام للجنين واسسوا ذلك
على امور منها وجود عروق تذهب من الرحم للمشيمة وان ريب شاهدان المشيمة
تبقى على نحوها وحياتها بعد خروج الجنين وان اتصالها مدة الحمل كبعد
الولادة ايضا ولدا دائما نزيفا وان النزيف الكثير الرحمي يميت الجنين وانه شوهه
سيلان الدم من الطرف المشيمي للصلب السري وقت الولادة وان ما جندى
وجد في اجنة الحيوانات رايحة الكافور ولون البقم اللذين غذيت الام بهما
وانه يوجد فوهات واسعة على السطح الباطن للرحم شاهدها كثير من المؤلفين
وان احسن الوسائط لقطع النزيف الرحمي هو انقباض الرحم ورجوعها
على نفسها وان المواد التي تحقق بهاء عروق الام تذهب الى اعضاء الجنين
وانه شوهه تسهم جنين بافيون اكلته امه ومعارضة هذه الادلة واحد او احدا
تدخلنا في ميادين الاطالة بدون طائل ونهاية ما نقول بعد اختيار ان الجنين
يقبل الدم من الام هل يدخل هذا السائل في الجنين بواسطة مسام او بواسطة
الشرب او ان الرحم تسكبه على سطح المشيمة ثم تتشربه منه اصول الوريد
السري ~~ال~~ لكن يعارض ذلك ان الذي يظهر هو ان الدم لا يمر للبذرة بحاله
باى كيفية كانت اقله في الازمنة الاول من الحمل لان خمل السلى لا يحتوى
على اوعية الا فيا بعد وليس جميع طوله مجعولا الى طرفه وايضا ثبت من
تجربيات اوتزنيث والمؤلف ان دم الجنين لا يكون منظره كدم الام
ففي الابتداء يكون ورديا ثم يصير احمر ثم اسود وليس متخالف اللون في الاوردة
والشريانين ويحتوى على جزء من المصل اعظم مما يحتوى عليه دم البالغ فيكون
اقل قابلية للتجمد وركيبه بعيد جدا عن تركيب دم الام كيف وقد ثبت من

المشاهدات المكرسكوية للعالمين الكياوين بر يفتوت ودوما من ان كرامة الدم
في الجنين صغيرة جدا بحيث ان دم البالغ لا يمكن ان يتغذى في قنواتها
ولا في فوهات تلك القنوات بدون ان يحدث خللا في جميع الوظائف وينتج
الموت حالا

وبالجمله فتغذية الجنين تحصل من يتابع مختلفه في الابتداء يكون كنبات
يتشرب ما يلزم له من الرطوبة المحيطة به ويخل سطحه الذي هو اسفنجي خلوى
ياخذ من البوق او الرحم اصولا مغذية كافية ليتم الحوصلات ثم بعد ذلك
تتغذى العلقه كما يتغذى القرخ المحوى في البيضة او كما يتغذى النبات الصغير
المحوى في فصوصه الوريقية فيأخذ شيئا فشيئا المادة المحوية في الحوصلة السرية
حتى ينزعها ويتشرب على التدريج الجوهر المستحلب الذي في الكيس الشبكي
اي الجيب الحوصلي وحين يصل الى نهاية الشهر الثاني تتكون اوعية الحبل
وتظهر تحت طيبت المشيمة فتكفي تلك المشيمة لحفظ نمو الجنين فيلا مستها للرحم
تأخذ منها الاصول الصالحة للجنين وتستغل فيها حتى يكون شكلها سائلا
مشابها للدم فتجهز منه ما يناسب الجنين لتمصه اصول الوريد السرى كالكبدة
والكلية والخصية تأخذ من اوعيتها المخصوصة ما تتكون منه الصفراء والبول
والمني وكالا نجباء والنبات تأخذ من الارض اصول المركبات الكثيرة التي
تحتوى هي عليها

(الفصل الثاني)

(في الدودة الحقيقية في الجنين)

متى وصل الدم الى المشيمة باى كيفية كانت اجتاز اعضاء الجنين ليغذيها ولكن
دورانه فيها الآن ليس كدورانه فيها بعد الولادة

(المبحث الاول)

(في هيئة اعضاء الجنين)

الحاجز الفاصل بين اذنى القلب كامل في غير الجنين ومانع اتصال احدهما
بالاخرى بخلافه في الجنين فانه مثقوب بثقعة تسمى ثقب بوتال وتكون اوسع

كلما كان الحمل اقل تقدما والشرىان الزنوى قبل الولادة لا يرسل للرئين
 الا فرعين صغيرين وبقي مستطيلا مسمى بالقناة الشريانية حتى يصل الى
 الاورطى فينتفخ فيها اسفل الشريان تحت الترقوة الايسر والقرعان الخليليان
 الا تميزان من الشريانين المحرقمين الاصليين لا يرسلان لاعضاء الحوض
 الا فرعين قليلي النمو ثم يرتفعان على جانبي المثانة والاوركوس مسميين
 بالشريانين السريين ويذهبان حتى يصلا الى الحبل السرى ومما يخالف فيه
 الجنين غيره ايضا كونه محتوى على وريد سرى اذا دخل في البطن اتجه من
 الامام الى الخلف ومن اسفل الى اعلى وقليل من اليسار الى اليمين حتى يصل
 الى الشق المستطيل الذى فى الكبد فيجتاز فيه مرسلان هنا وهناك فروعا
 لقصور الكبد فاذا وصل ذلك الوريد للشق المستعرض الكبدى اتقسم الى
 جذعين احدهما يسمى بالقناة الوريدية او قناة اونسوس تضيق كالقناة
 الشريانية كلما قرب زمن الولادة ويظهر كأنها امتداد للوريد الاصلى وتذهب
 حتى تنفتح اعلى الحجاب الحاجز فى جذع الاجوف السفلى الذى فتحته الاذنية
 يحيط بها قناتها صمام عريض يسمى صمام اوستاخوس وثانيهما الذى يتكون
 منه القرع الايمن للوريد الباب يدخل فى الكبد ويتفرع حتى يتغم مع اصول
 الاوردة الكبدية التى كفى غير الجنين تنفتح فى الوريد الاجوف اعلى عن القناة
 الوريدية بليل

(المبحث الثامن)

(فى سير الدم)

يشاهد على حسب ما ذكرناه من حالة الاعضاء ان سير السائلات يلزم ان يكون
 اكثر تضاعفا فى الجنين منه فى غيره فالدم يمر من فروع الوريد السرى
 لقروعه ثم فى الجذع المنتفخ قليلا من هذا العرق الكبير فيجتاز الحبل
 وينفذ من السرة فاذا وصل الى اسفل الكبد انفصل الى عمودين رئيسين
 احدهما يتبع القناة الوريدية ليختلط بدم الوريد الاجوف السفلى وثانيهما يتبع
 القرع السرى للوريد الباب لينفرد فى الفص الايمن للكبد ويرجع فى الاخير

الى الاوردة الكبدية التي تصبه في جذع الوريد الاجوف عند ما ينقذ
من الحجاب الحاجز فهناك يتكون منه ثلاثة عواميد عمود القناة الوريدية وعمود
الشرايين الكبدية والعمود الذي يحمله الوريد الاجوف من النصف السفلى
للجسم وتضم تلك العواميد وتدخل كلهما معلى الاذن اليمنى ثم في ثقب بوتال
ثم في الاذن اليسرى ثم ينصب الدم من هذه الاذن في البطن المحاذى لها اعنى
اليسر فيطرده ذلك البطن بواسطة الاورطى في جميع اجزاء الجسم ولا سيما
في الرأس والاطراف الصدرية بواسطة الجذع العضدى الرأسى والسبائى
وتحت الترقوة اليسرى

وبعد ان يقدم من الدم في المنسوجات الاصول المغذية المتجمل لها يرجع بواسطة
الاوردة الوداجين والابطين الى الاوردة تحت الترقوة ثم للوريد الاجوف
العلوى الذى يقبل ايضا دم الوريد الفرد ثم من الوريد الاجوف العلوى الى الاذن
اليمنى ومنها الى البطن الايمن ومنه الى الشريان الرئوى الذى لا يعطى
الاعودين صغيرين للرئتين ويمر بالباقي في القناة الشريانية ليدخل في الاورطى
النازلة وهذا يجتمع مع جزء من الدم الذى دفعه في البطن اليسرى فالذى
يصل منه الى الحرقطين الاصليين يتوزع جزء منه في الاطراف السفلى بواسطة
الشريانين الحرقطين الوحشيين ويرجع بكمية عظيمة للجيب اليسرى بواسطة
الشريانين اليسريين وللمشيمة حيث ذهب منها اولا

(المطلب الاول)

(في سيره في القلب)

ظن هاليوسينيوريشيران وغيرهم ان دم الاجوف العلوى ودم الاجوف
السفلى لا يختلطان بوجه من الوجوه في الاذن اليمنى وانما يذهب دم الوريد
الاجوف الباعداى السفلى كله الى اليسرى ودم الاجوف العلوى كله للبطن
الايمن وهذا عكس ما ذهب اليه بيشاوما ما جندى فلم يوافق احدا منهم حيث
قال يعسر ان يفهم ان عمودين من سائل يمكن ان يمرا في تجويف واحد بدون
ان يختلطا فان الاذنين يتقبضان معا لان احدهما يتقبض بهما الاخرى

ولا يقرب

ولا يقرب للعقل ان الدم المحي بالمهمز بالوريد السري يذهب **ك**له في النصف العلوى من الجسم وان الدم الوريدى هو الذى وحده ينتشر في النصف الآخر ومع ذلك يمكن ان يجاب بان الاجوف السفلى الذى يعلوه صمام اوستاخوس يظهر كونه متصل بثقب بوتال فيذهب كله للاذن اليسرى بدون ان يختلط بدم الاجوف العلوى لوجود الفاصل وهو الصمام فلا يصح ان تقول انه ينفخ في الاذن اليمنى ونسكت واما الاجوف العلوى فينفخ في الاذن اليمنى نفسها فجاء فتحه البطن الايمن في مسطح كائن امام الاجوف السفلى بقليل فصم ان يقال ان دم هذين العرقين يمكن بالتحقيق ان يمر جزء منه في الاذن اليسرى وجزء في البطن الايمن بدون ان يختلطا وانتقباض الاذنين معا يظهر انه لا يعارض هذا المرور لان وصول دم الاجوف السفلى للاذن اليسرى بواسطة ثقب بوتال لا يكون مدة انتقباض هذين التجويفين وكذلك وصول دم الاجوف العلوى في الاذن اليمنى واذا كان امتلاؤهما من سائلهما الخاص في وقت الانتقباض فما الذى يمنع من كون كل منهما يوصل الدم للبطن القلبية المخاذية له بدون اختلاط **ف**اذن يمكن ان لا يختلط في الاذن اليمنى الامقدار من الدم الذى صبه الوريدان الاجوفان فيما على اتسالا نظن ان الرأس والطرفين العلويين لا يقبلان الا الدم الاقنى للقلب بواسطة الوريد السرى وفروعه ولان البطن والاطراف السفلى لا تتغذى الا من دم الوريد الاجوف العلوى وذلك اولا انه ليس بصحيح ان بطن ان الدم الذى يدغعه البطن اليسرى في قوس الاورطى يمر في الشريانين السباتيين والشريان تحت الترقوة بدون ان ينزل جزء منه في الاورطى البطنية وثانياً انه لو حصل ذلك لم يكن هذا الدم اقنى منه وقت خروجه من المشيمة لان الدم الوريدى للاطراف والبطن اختلط به ضرورة وهذا الاختلاط كان تاما في طفل شرجه الحكيم لنوار وكانت القناة الشريانية فيه مفتوحة في الشريان تحت الترقوة اليسرى الذى **ك**ان ناشئا من جذع مشترك بينه وبين السباتى المخاذى له مع انه لم يكن هنالك ثقب مخصوص في الجفم النسبي للاجزاء المختلفة من الطفل على ان ذلك لا يمكن انكاره في جميع ازمته

الحياة مع كثير من الحيوانات كالهوام مثلاً ونحن ملزومون باختياره أيضاً في الأشهر الأولى من الحياة داخل الرحم لأن صمام أوستاخيوس يبقى مدة الجمل فاصلاً مدخل الجوفين في الأذن

فالدم الذي يجتاز في الأهر التازل ليس هو دم القناة الشريانية فقط بل فيه أيضاً دم الجوف السفلي ولتزد على ذلك أن بحث الحكيم مرتان في غو قلب الجنين البشري والحيواني الفكري اداه لأن يتمسك بالدم إذا وصل للأذن اليمنى يتحد مع دم الجوف العلوي قبل أن يصل إلى الأذن اليسرى التي يجتمع فيها هنالك مع دم الأوردة الرئوية وبموجب ذلك يكون ما تمسك به يئسا اقرب إلى الحقيقة مما تمسك به سبتير

(المطلب الثاني)

(في سيره في المشيمة)

فهم بعضهم أن الدم المحول بالشرايين السرية تأخذه الأوردة الرجعية وتذهب به ليحي في رثي الأم قبل أن يرجع للجنين وظن بعضهم أنه لا يتشرب إلا جزء منه والباقي يمر بدون واسطة في الأوعية الشعرية للوريد فكان هنالك دورتين دورة كبيرة تكون كما ساحت تأثير قلب الأم وورثتها ودورة صغيرة وهي التي تنسب في الحقيقة للجنين ولكن ما قلناه فيما سبق كاف في الحكم على هذه الآراء والنظر فيها فيمكن أن يتذكر هذا أنه لا جمل اختنار ما يسمى بالدورة الكبيرة ينبغي أن تكون ضربات الجنين مساوية لضربات الأم مع أن الاستماع يدل على أن هذا التساوي غير موجود وأن قلب الجنين يضرب أسرع من قلب أغلب النساء بالنصف

فاذا انصب دم الشرايين السرية في الكهوف المشيمية اختلط كما هو واضح مع دم الشرايين الرجعية فيلزم حينئذ أن يفرض أن القوهات الماصة للوريد السري فيها قوة على أن تختار من هذا المخلوط الدم الشرياني وأما الأوردة الرجعية فلا تأخذ إلا الدم الوريدي وما عدا ذلك مواد الحقن التي تمر بسهولة من الشرايين إلى أوردة المشيمة بدون أن ينسكب منها شيء على سطحها الرحي

يستخرج منها ان دم الجنين لا يأخذه الرحم بمخالته التي كان عليها
والعروق الرحمية المشمية التي ذكرها بعض المؤلفين لا تبطل بوجه من الوجوه
هذه القضية فان التوضيحات التي شرحوها بما متضادة فقال يانسيني انها
قنوات تقرب لان تكون شعرية ووجد بودلوك في كثير منها ما يحمله كرشة
غراب وانما تنتهي فجأة في المشيمة بدون ان تنفرع وشاهد هنتير ودوبواس كثير انها
كذلك وعلى رأى آخرين انها نادرة المشاهدة غير منتظمة ومنعوجة ولا يحصل
فيها تقسيم اولى ولا ثانوى في دخولها في المشيمة حيث تسير فيها بانحراف حتى
تدخل في عقها بعض خطوط وقيل انها عروق تنتهي بمحجر مسدود كالتي
سماها استرول بالاوردة العوراء فمع هذه الاختلافات كيف نقول حينئذ
بنقصها مع الاوعية الشعرية للمشيمة وبالجملة فتحقيقها يحتاج لبحث جديد
* ونزيف الدم من الحبل السرى بعد الولادة هو الدليل الذي ينفع في هذه
المسألة اى مسألة العروق الرحمية المشمية فقد اتفق ان بنتا ولدت وحدها فجاء
جراح فوجد هاشرة على الموت وعرف ان معها نزيفا من الوريد السرى
فربط الحبل فامتنع النزيف واتفق لسوليريس ثلاثة احوال مشابهة لذلك
ربط فيها الحبل فحصل المراد ووجد بودلوك احسن النظر في ذلك فانه بعد ان ربط
الحبل واتقطع الدم ازال الرباط فعاد النزيف ووقع لسفرول من ذلك ثلاثة
احوال وذكر انه لم يكن قطع النزيف الا بربط الحبل * قال المؤلف
ما جاصله وهذه المشاهدات وان كانت صادرة من اشخاص ذوى معارف
وقلوب صادقة لم يرتابوا في مشاهداتهم الا انهم الاتقيد التحقيق لشخص اذعب
بسنه في دراسة انتظام القروغ الوعائية للمشيمة مع غاية الاتباه وازيد على
ذلك ايضا ان مارسون شاهد في جنين خرج كله بعد كمال اشهره استدامة دورة
الدم مدة ساعة بدون ان يحصل ادنى انسكاب على سطح المشيمة على انه لا يؤخذ
من هذا ان دم الشرايين يدخل في الوريد السرى بدون ان يحصل فيه تغير
وانما يؤخذ منه ان هذا التغير الذي يحصل في الاجزاء الدقيقة يكون في المشيمة
نفسها وهذا النضج الذي شبهه هملتون بالا فراوان كان مجهولا في ذاته

الا انه لا ينكر ويصح ان يشبه بالنضج الذي يفعله المجموع الشعري العام في الدم بعد الولادة وبالنزح يحصل في الاعضاء المفترزة وفي الرئة نفسها فثلاث الجنين تلامس بالواسطة سائلات الام وفي هذه اللحظة التي لاتنضب يحصل بينهم تغيرا مناسرا كما يحصل ذلك في الشعب الرئوية بين الهواء الجوى والدم الوريدى الذى فى الرئة والى هنا قصرت معارفنا فلا نزيد على ما قلنا سابقا الا ان العروق الرئوية المشجية لا وجود لها

(المطلب الثالث)
(فى سير الدم فى كبد الجنين)

عظم حجم كبد الجنين فى بطن امه حلقهم مدة طويلة على ظن انه العضو المدم الى النضج للدم فيحدث فيه تنوعا ولذلك ظن بريفوس ودوماس ان السكراة الاولى الدموية للجنين تظهر اولاً فى الكبد * وقال بعضهم انما قبل الكبد مقدار اعظم من الدم وعظم حجمه لاجل ان يفرز مقداراً كبيراً من الصفراء اذا صبت فى المعاء الدقيق احدثت فيه تكون مقدار كبير من مادة مخاطية يعضها الجنين ويجعلها ينمو ونتج من تجريبات عليه الاتقليزى ان منفعة الكبد هو ان يفرز كثيراً من مادة زلالية مغذية تملأ القنوات الكبدية والاثنى عشرى والمعاء الدقيق بخلاف المادة والمعاء الغليظ فان الاول منهما يكون فيه سائل حضى والثانى عقى ونحن نقول جميع ما ذكر انما هى امور افتراضية غير محققة يسهل ابطالها وبعضها وان كان مؤسساً على امور واقعية وتجريبية الا انه محتاج لتقوية ومشاهدات جديدة ففعل الكبد فى دم الجنين غير معروف الى وقتنا هذا والله الفتاح

* * (خاتمة) * *

انتهى هذا الفصل بالتغيرات التى تحصل فى دورة الجنين فى اواخر الحمل وفى مدة الطلق وعند الولادة فنقول * مادام الجنين فى بطن امه تتم دورة الدم بالمسالك التى ذكرناها او كما تقدم الحمل وقرب الجنين اكمال نموه ضاق تقرىبا ثقب بوبال والقناة الشريانية فلا يمر منهما الا مقدار يسير من الدم واما معظمه فيذهب

لرئيتين ويكون ذلك هو ابتداء التغيرات المهمة التي يلزم ان تحصل فيما بعد
ثم في ابتداء المطلق ينقص حجم العروق الرئوية المنضغطة من انقباضات العضو
فلا تنقل للمشيمة الا مقدار قليل من الدم ثم تنقطع الدورة بين الام والجنين
اما بانفصال المشيمة من الرحم والقوة الضغط عليها فلا يحمل الوريد السري
للجنين الا قليلا من الدم الذي اخذه من الشرايين السرية * ومتى ولد الجنين
حصل التنفس واتسعت الرئتان وصارت الدورة فيه كما في غيره فينسد ثقب
بوتال والقناة الشريانية والاوعية السرية وتظهر كيفية اخرى للدورة
مرتبطة بتنفس الطفل تدوم بدوامه وتنقطع بوقوفه

(الباب الثاني)

(في تنفس الجنين)

هذه الوظيفة غير موجودة في الجنين لعدم وجوده في باطن الام والهواء
لازم للتنفس لكن لما ظهر لهم ان امتصاص الهواء والاوكسيجين لازم لحفظ
حياة الكائنات الالهية اجتهدوا في اثبات ان جميع الحيوانات سواء البشر
وغيرهم تنفس مدة وجودها في بطون امهاتها * ففي النوع البشري قيل
ان المشيمة تأخذ الاوكسيجين من دم الام عندما يزول من دمها * كثير من
عناصره المحتمة الطليعة كجزء من مصله مثلا وهذا الرأي قديم وله من يؤيده
الا ان نعم يصح لاجل ان يعرف التغير الذي يحصل للدم في نفوذه من المشيمة
ان يقابل هذا العمل بالتنفس مقابلة قهرية فالدم اذا دخل في الوريد السري
يحصل فيه تنوع ولا بد لكن لا يكون اكثر اجرا من الدم الذي في الشرايين
فلا يقربه ذلك التغير من الدم الذي يمر من الشرايين للارادة الرئوية واختار
بعضهم ان الجنين يشرب الهواء بجميع سطح جسمه بواسطة مسام
كما في الحشرات او بالطرق الرئوية التي يصح ان تشبه بالخياشيم فيتنفس
كالاسماك لكن نقول ان الغاز الذي اجتذاه لاسينوس في تجريباته لم يجده
مرجحا الامن حمض كربونيك وازوت فاطن انه لا بأس ان نقول كذلك من جديد
ان الشقوق التي زرعوها وجودها في هذه الارضنة الاخيرة فحو الاقسام

التي كفية لا وجود لها وتمسك بعضهم بان الرئة لها عمل في ماء الامنيوس
فتفصل منه الهواء او عنصر غيره فتفعل فعلا شبيها بالتنفس واثبت آخرون
ان السائل الامنيوسي لا القصبة الرئوية والشعب للجنين وشاهد بكلار
مثل ذلك في اجنة كلبة ملتفة باغشيتها وتفعل حركات تمدد وانقباض
في اجنحة الانف وفي الصدر ويؤيد ذلك ايضا سماعهم صياح الجنين في بطن امه
ايكن قد ذكروا انه وجد في القنوات الهضمية وفي الرئين في جنين ميت
ماء الامنيوس وحفظ بوفون وغيره حياة اجنة من الحيوانات بوضعها في ماء
الامنيوس وشاهد اوريدريد ودام حياة جنين مدة من عشر دقائق الى خمسة
عشر خارجا عن الرحم مع ان اغشيتها لم تنفجر غير انه لم يشاهد حركة التنفس التي
ذكرها بكلار * قال المؤلف اما انا فقد شاهدت امر واقعا يوضح هذه المسئلة
وذلك ان امر اقمكتت بعض ايام بمارستان بباريس وادعت انها حامل منذ ستة
اشهر كاملة فاتفق انها ولدت بغتة وخرج الجنين كله وتلقاه مساعدي فحمل
الى حالافوضته في اناء كبير مملوء بماء فاترو مكان يظهر من حال الجنين
انه لم يكن له اكثر من خمسة اشهر ونصف فتركت الاغشية سليمة ومكث الجنين
في الماء حيا مدة ست وثلاثين دقيقة وبجئت في الانف والقم والبطن والصدر
مع غاية الاتساع فلم اشاهد حركة في الصدر ولا في غيره واتمارأت في الصدر
رعدة خفيفة ناتجة من ضربات القلب هذا ما شاهدناه ونؤيد ذلك ايضا ان ماء
الامنيوس لا يدخل في القصبة ولا في المعدة.

(الباب الثالث)
(في صياح الاجنة في الارحام)

قد ذكروا امثلة كثيرة في الحيوانات وفي النوع البشري ايضا لصياح الاجنة
في بطون امهاتها وسموه بالصياح الرجي غير ان هذه الامثلة من خرافات
العامة نعم اذا انفجرت الاغشية وسالت المياه واتسعت الفوهة ودخل وجه
الجنين في تقعر الحوض جازان به تنفس الجنين ويخرج منه صياح قبل ان يندفع
كله الى الخارج لكن ربما منع ذلك الضغط والحصص على صدره * قال المؤلف

وقصارى الكلام في هذه المسألة هو انه اذا ثبت ذلك بمشاهدات جملة من فضلا
الحكام اعتقدت حصوله ايضا موافقة لهم لكن لو سمعته بنفسى لما وثق قلبي به
الاهو محقق عندي من استحالة فلو كان الجنين يتنفس حقيقة وينفذ الهوا
في رقبته لفكانت ارضتان قابلتين لنفوذ الاشياء فيهما مع انهما عند الولادة
تكونان كما هو معلوم منذ مجئتي نقيلتين كقطعة من منسوج عضلي

(الباب الرابع)

(في قابلية الجنين للمعيشة)

قابلية الجنين للمعيشة معناها في الطب الشرعى امكان اجتياز الجنين الادوار
المتخلقة للحياة البشرية وتليزم لكون الطفل متصفا بهذه الصفة ان يكون معه
عند الولادة استعداد طبيعى لان يعيش غير متعلق بامه فيعلم من التعريف
ان الجنين المولود بعد كمال اشهره قد لا يكون قابلا للحياة اذا كان مصابا بعيب
في التنفس او بمرض من الامراض وان الجنين قد يولد وهو قابل للحياة
وان مات في لحظة خروجه من بطن امه فان قيل ما الزمن من الحمل الذي يمكن
فيه ان يكون الجنين قابلا للمعيشة نقول في اربعة اشهر ونصف او ثمانية ستة
اشهر على رأى بعضهم او انه لا يتمتع بالقابلية الحقيقية الا في الشهر السابع
والقانون عندهم ان الطفل المولود قبل مائة وثمانين يوما من وقت بناء الزوج
بزوجه يجوز للزوج ان ينفيه عنه لذا اشتهر كونه قابلا للحياة فيقول بالنص
ان قابلية الحياة تبدأ مع الشهر السابع وهذا القانون بالنظر للامر الشرعى
من الحكم الجليلة وليس شئ اعدل منه لكن لا يدل بوجه من الوجوه
على ان الجنين لا يكون ابدًا قابلا لذلك قبل آخر الشهر السادس ولانه يكون
دائمًا قابلا في ابتداء السابع فالذى يدلنا على قابلية المعيشة للجنين هي دوجة
الاتقان الذى وصل له لار من الحمل ولما كان نمو الجنين غير ثابت الحال
جاز ان يكون الطفل ذو الثانية اشهر اقل كالا في هذه القابلية من طفل
له سبعة اشهر وهما له مشاهدات كثيرة تدل على ان بعض الاجنة ولدوا صغار

الحجم جد ابل منهم من ولد لاربعة شهر او نصف ثم صاروا اشخاصا اقربا شداد
 وقد اشتهر تاريخ فورقويوس الذي يحكاه ونزيتسان فان اسمه ارتفعت من
 اضطراب البحر وهي مسافرة فوضعت قبل السادس من حملها وكان حجمه
 لا يبلغ الكف وقربه ابوه لحرارة تورليعيش بذلك ومات هذا الطفل حتى بلغ
 تسعاً وسبعين سنة وأخذ كره بوزيت ولد في الشهر الخامس من الحمل وعاش
 الى تسعة أشهر بغير رضاع وبدون ان يخرج منه شيء او ان يفعل حركة اخرى
 غير حركة ازدراده بهض نقط من اللبن تلقى في فمه وبعد ولادته باربعة أشهر صاح
 دفعة واحدة ورضع وحرك اطرافه بحيث انه في ستة عشر شهراً صار اقوى
 من الاطفال الذين بلغوا هذا السن عادة وذكر كردان ان بنتا ولدت
 في السادس وكانوا يضطرون لاجل غذائهما ان يصبوا اللبن في قهبا واسطة
 تقع ومع ذلك مكثت حبة زمنا طويلا واسبيل ذكر رجلا كان ولد في ابتداء
 الشهر السادس والتزموا ان يلقوه في قطن حدة تزيد على ستة اسابيع وذكر
 موفطوس ان نديم الملك هنري الثالث ولد في خمسة أشهر وذكر كثير من
 المؤلفين امثلة من ذلك ومن المشهور ايضا بالقابلية فيما سبق شخص يقال له
 بيتيه بمدينة تنسي بفرانسا وما كان وزنه عند ولادته الارطل واحد وثلاثة
 موجود من شمع بمدرسة الطب بباريس واختار شوسيبه وارفيلا وغيرهما
 انه ليس شيء من المشاهدات التي ذكرها المؤلفون يفيد القطع بان الجنين يكون
 قابلا للحياة قبل الشهر السابع قال المؤلف ولا واقصم على عدم امكان ذلك
 ثم ذكر مشاهدات تقوى كلامه واستنتج منها ان قال ليس صحيح ان يقال قولاً
 مطلقاً ان الطفل الذي يولد قبل الشهرين الاخيرين من الحمل يلزم ان يعتبر
 كونه غير قابل للمعيشة وقرر ميل ما يقوى كلامي وايد ميلاده كثيرة يعسر
 تقضها الاثنان وانما يكون الجنين قابلاً للمعيشة اذا كان ناضجاً كفاية بحيث يمكنه
 ان يحرك اطرافه ويصيح ويتنفس بسهولة فيكون رأسه مغطى او ابتداءً
 في ان يغطي بشعر وجلده غير شفاف ومغطى بزغب وعلى سطحه طلاء دهني
 ومعظم عظام الجمجمة متلاصقة الحواف فتكون للدروز واليوافخ في رأسه

ضيقة ويخرج منه العرق والبول وتكون مجاورة الاجزاء المختلفة من جسمه
واقطارها قريبة لما يشاهد طبيعياً في التمام الاعتيادي لان قبوله للمعيشة
بسبب كونه كلاً له سبعة اشهر او اكثر فيقتضي ذلك ليست العلة لعدم قابليته
لذلك كونه ولد قبل الشهرين الاخيرين من حمل وانما العلة هي عدم الصباح
وضعف النفس والحركات وعدم اسكان مسكه حلة الثدي وعدم تفرغه
عقبه وبوله ورخاوة عظام الجمجمة وتباعدها عن بعضها وعدم وجود الشعر
او قلاته جدا وشفافية الجلد ولونه الاحمر وعدم وجود الطلاء الدهني وقلة تسوكة
الانفاذ ونحو ذلك مما يدل على ان اعضاءه بعيدة عن درجة السكال اللازم لحفظ
الحياة الظاهرة

وذهب بقراط وغيره من القدماء الى ان الطفل يكون اكثر معيشة وحيوية
في سبعة اشهر منه في ثمانية اشهر وعلى ذلك يوس بان الطفل في سبعة اشهر
يكون اقوى مما اذا كان في ثمانية والحركات التي تحصل من الطفل تكون
قوية نحو السابغ فظنوا من ذلك ان الولادة تكون مججلة وكثيرة الحصول
في هذا الزمن اكثر من غيره واستنتج القدماء من ذلك ان الشهر السابع انتهاء
طبيعي للحمل فاذا جاوز الجنين لم يمكن ان يولد قبل تمام التاسع بدون خطر
واكن ليست علة هذه القضية المزدوجة واضحة نهايته ان الامر الواقعي
هو انه كما قال ديبواس اذا حصلت الولادة بسبب اضطراب الجنين اضطرابا
عنيفا كما يحصل ذلك كثيرا في الشهر السابع واتسع عنق الرحم مع بطئه
وانتظامه الاعتيادي كان الخطر الذي يحصل له اقل مما اذا حصلت ولادته
في الشهر الثامن بسبب سقطة او عارض آخر لان الولادة المججلة في الحالة الاولى
كانها طبيعية اما في الحالة الثانية فمبذلة الاجهاض اى الاسقاط

(التعليم الرابع)

(في نهاية الحمل)

مدة الحمل في النوع البشري غالبا تسعة اشهر او تقول وهو الاحسن ما تان
وسبعون يوما وقال ارسطاطاليس مدته في النوع البشري سبعة اشهر وثمانية

ونسعة وعشرة والاخيرة هي الاكثر في العادة وربما مكث الحمل الى ابتداء
الحادى عشر انتهى وذكر بليتيوس ان الحمل قديم سنة كاملة وزعم ريو لان
انه شاهد دوام الحمل اثني عشر شهرا او ثلاثة عشر واربعة عشر وخسة عشر
بل وثمانية عشر وقال ان مدة الحمل تختلف باختلاف الاقاليم ونحن نجعل
التسعة اشهر هي الاكثر في العادة وان الزمن الذي جعله الله للعمل يكون
من السابع الى الحادى عشر وان الزيادة على العاشر نادرة

(الباب الاول)
(في الميلاد المتأخر)

زمن نهاية الحمل في البهائم مختلف كما علم ذلك بالملاحظات الصحية ومثل
ذلك النساء لعل ذلك ناشئ من اختلاف اعتياداتهن وامرجهن ومن الامثلة
الدالة على ذلك ما ذكره ديزرموس في امرأة ذات ثلاثة اولاد اختل عقلها
بسبب حصول حمى ثقيلة لها واستعمل لها جميع الوسائط الصحية والعلاجية
بدون منفعة فتوهم طبيب من الاطباء انه اذا حصل لها حمل جديد جاز
ان ترجع لها قواها العقلية فرضى زوجها بذلك وصار يعيد اليوم الذي يقع فيه
الوقاع ويجعل بين كل وقاعين ثلاثة اشهر حتى لا يحصل تكرار في العلوق
وكانت تلك المرأة محفوفة بخدمتها وعند اديانة واخلاق جيلة تحملها على
العفة والصيانة ولم تحصل ولادتها الا في تسعة اشهر ونصف شهر وقد وقع
للاطباء ايضا بحث وتفتيش عظيم في ذلك ومع ذلك لم يتوافقوا على زمن ثابت
للاوضاع واستنتج مورسوس من ابحاث كثيرة ان زمن الحمل يختلف من ستة اشهر
الى احد عشر شهرا او ثمانية ايام وذكر دويس امرأة ولدت في ثلاثماية وثلاثة
وثمانين يوما وامثلة التأخير كثيرة ويمكن ان نستنتج منها ان الميلاد المتأخر لا ينكر
او لا يمكن تحديده نهائيه مع ان هذا المبحث عديم منه ما هو اهم للتفسير ولوحين
وهو ما يقال هل يعيش الجنين فوق التسعة اشهر في بطن امه والى كم انتهى
معيشته

(الباب الثاني)

(في الميلاد المجمل)

إذا كان من المعلوم لنا ان التمار تنضج في بعض الاقاليم قبل ان تنضج في غيرها وان الاقوات قد يجهل حصادها في بعض البلاد وان الازهار قد تبرز والاستنابات قد يتقدم ونفس بيض الدجاج يختلف من ثمانية عشر يوما الى خمسة وعشرين وان الهرة التي مدة حملها تسعة اسابيع قد تلد قبل ذلك بنسعة ايام وان اربع عشرة بقرة من مائة وثمانين وستين ولدن في مائتين واحد واربعين يوما الى مائتين وستة وستين يوما وان ست افراس من مائة وثمانين ولدن من ثلاثمائة يوم واحد عشر يوما الى ثلاثمائة وستة وعشرين يوما مع ان وقت وضعهن الاعتيادي ثلاثمائة وثلاثون يوما فلاي شيء لا تكون مدة الحمل في النساء قابلة لان تتقدم او تتخصر مع انه لا يجهل احدا ان بعض الاجنة قد يكون اكثر غموا وقوة في ستة اشهر من آخره سبعة اشهر او اكثر وان بعضهم عند الولادة السابعة اشهر قد يكون اقل حجما وطولا من آخر لم يكن الا في شهره السابع او الثامن وان النمو الذي يحصل للطفل بالنظر لذلك كثير الاختلاف وان التغيرات التي تحصل في بنية الرحم من وقت التلقيح تظهر فيها قوة مشابهة للقوة التي توجد في العضلات وانه مع قلة العوارض لا تحصل الولادة الا اذا وصلت هذه القوة لدرجة مناسبة حتى ان الرحم تنقبض بالقوة الشديدة القابلة لهما فمن اللايق ان يختار ان اجتماع مثل هذه الشروط قد يحصل قبل تمام الشهر التاسع وان العقل لا يرفض امكان تجهيل الميلاد حتى وان كان هنالك امور لا تزال الشك في ذلك

(الكتاب الخامس)

(في الجزء العلوي اى التوليد)

(التعليم الاول)

(في الولادة الغير الطبيعية)

الولادة اعني خروج ما نتج من العلوق الى الخارج تسمى باسماء مختلفة على

حسب كونها تحصل في غاية كمال الاشهر او قبله ففي الحالة الاولى تسمى بالولادة الحقيقية وفي الحالة الثانية تسمى بالولادة الكاذبة او بالاسقاط او الولادة قبل اوانها

(الباب الاول)

(في الاسقاط المسمى ايضا بالاجهاض)

اذا اندفع الجنين في الاشهر الستة الاول من الحمل سمي ذلك بالاجهاض وبالاسقاط وبالولادة الكاذبة فعلى رأى ارسطاطاليس اذا خرج الجنين قبل اليوم السابع من العلوق سمي هذا العارض نزيفا واذا خرج بعد ذلك وقبل اربعين يوما قيل ان المرأة مجرّحة غير ان ذلك كله قد هجر الآن وسمي الكل باسم الاسقاط

(القسم الاول)

(في كيفية حصول الاسقاط)

(الفصل الاول)

(في كثرته)

شاهدت القابلة لشبيل في احد وعشرين الفا وتسعمائة وستين جلماية وستة عشر سقطا وعلى رأيها ان الاسقاط يكون اكثر في ستة اشهر ثم في خمسة ثم في ثلاثة ثم في غير ذلك من الازمنة واما ديزرموس والمؤلف ومعظم المتقدمين ايضا فوافقوا ذلك وقالوا ان الاسقاط يكون اكثر كلما كان الحمل اقل تقدما ووطن مرجاني ان اكثر الاسقاط يكون من الاناث وتبعه على ذلك ديزرموس وقال اذا ظن العامة خلاف ذلك فذلك لكون تمييز الذكور عن الاناث في الابتداء عسرا بل ربما تعذر ذلك واما ما زعمته القابلة لشبيل من كونها شاهدت ان الاكثر من العلاقات اناث ومن الاجنة ذكور فهو غلط وبالجملية يظهر ان اكثر السقط يكون من الاناث كلما كان الاسقاط اقرب الى العلوق

(الفصل الثاني)

(في اسبابه)

يظهر ان الاسباب لم توضع جيدا الى وقتنا هذا ويصح ان تقسم الى اسباب
بعيدة واسباب قريبة او الى اسباب مولدة واسباب منممة والاسباب القريبة
او المولدة تقوم من الاتقباضات الرحمية المساعدة بالحرركات الغليظة التي
لعضلات المرأة والاسباب المنممة يلزم ان تقسم ايضا الى مهينة والى محدثة

(المبحث الاول)

(في الاسباب المهينة)

الاسباب المهينة للاسقاط قد تنسب للمرأة وقد تنسب للبذرة فبالنسبة
للمرأة بعضها ينسب لاستعداد عام في بنيتها وبعضها لحالة مخصوصة باعضاء
تاسلها على الخصوص

(المطلب الاول)

(في امراض المرأة المسببة للاجهاض)

الحالة العامة للمرأة : اكثر النساء اسقاطا المثلثات من الدم والحيض بكثرة
وبدون انتظام والقابلات للتيج والاحساس الكثير والعصبية والمصابات
بالاختناق الرحمي واللينغاويات والشقر والضعاف والمصابات بالامراض
سببا الزهري والاسكربوط اى الحفر وآفات العظام وذوات الحوض المعيب
او من عندهن آفة عضوية او مرض مزمن او ربو او استسقاء او سرطانات
والرديئات التغذية واللواتي يشددن على بطونهن او يضيّقن ملابسهن وكذا
السجنان اذ لم يكن عقيمت ومن الاسباب ايضا البلاد الاجامية الرديئة الصحة
وبعض امراض الجو كما ذكر ذلك بقراط وشوهد فيما بعده كثيرا فان هذه قد نصير
الاسقاط جنسيا في بعض السنين كما شوهد ذلك كثيرا في فينه وشوهد فيها
ذلك بعد حرارة رطبة وحرارة يابسة وزمن صحو وزمن هوائي وحرارة شديدة
وشتاء مخيف وفصول مطرة وغير ذلك من الاشياء المتضادة ومن تلك الاسباب
المهينة ايضا السهر والاعمال المتعبة وكذا السن له دخل في الاجهاض

فقد ثبت من المشاهدات ان النساء اللواتي يكرن بالجل قبل نموهن نمواتا ما
واللواتي يحملن بعد سن اليأس يكن مهينات للاسقاط اكثر من ذوات
العشرين سنة الى الاربعين * واما ما يتعلق باعضاء تناسل المرأة فيعد من ذلك
جميع الامراض المزمنة التي تكون تلك الاعضاء محلالها والالتصاقات
والتشوهات وتغير موضع الاعضاء والاستحالات السرطانية والنخية
والديدان الحوصلية والالتهابات الدونية وكل انحراف يحصل من ذلك
والتغيرات العضوية في البوق والتولدات اللبية والبوليوسية وغيرها
في نفس منسوج الرحم او ما يتعلق بها والالتصاقات الغير الاعتيادية
في الاربطة العريضة والمستديرة والبوقين او المبيضين يعضها او بما يجاورها
وجميع ما يتعب النمو المنتظم للرحم مدة الحمل

وهذه الاسباب الاخيرة التي ذكرها المؤلفون قديما وحديثا سيما بقراط تظهر في
كثير من النساء في زمن البلوغ او قبله او بعده بل وفي جميع ازمنة الحياة وتنشأ
في الغالب من آفة مادية في بعض محال من اعضاء التناسل ولا توجد الا وتبقى
بعض آثار لا تزول بعد هافتارة يكون ذلك ورمما في التعبير يتعب اتساع الرحم
وتارة استحالة في المبيض او انقلابه الى كيس يكون مأواه في الحفرة المستقيمة
المهبلية كما شاهد ذلك المؤلف وتارة يكون ذلك التصاق البوق الايمن برباط
المبيض الايسر او العكس بحيث يرتبط ما عدا ذلك خلف عنق الرحم كما شاهد
ذلك ايضا هذا المؤلف الماهر في حامل ماتت ولها ثلاثة اشهر والغالب
ان يكون ذلك كتلاشبية بالمخ او سرطانية كان الحمل هو السبب لها وان
اصلها كان موجودا قبل العلوق ولما اصاب المبيض والبوقين او البريتون
الحوضي او جسم الرحم نفسها كانت ما نعاقوبها منعت هذه الاعضاء المذكورة
عن ان تكابد التغيرات في الابعاد والتركيب اللازمة لانتمام الحمل كما شاهد
معلمنا المذکور امثلة من ذلك * والنساء العرج يكن موضوعا للاسقاط
اكثر من غيرهن لان القصر في الاطراف الحوضية يطابق في الغالب بعض
عيوب في تكوين الحوض

والسيلان الايض واستسقاء الرحم وقابلية تجمعها وقوة انقباضها الشديد
وصلابة اليافها وعروقها بل والبريتون المنسوب لها كما زعم ذلك بعضهم
وارتخاء عنقها وضعفه جميع ذلك من الاسباب المهيئة ايضا غير ان فعل
معظمها اقل وضوحا من فعل الاسباب المتقدمة مع انه لا ينكر ان الواقي عنق
رحمهن رخو ومتسع طبيعة يكن معرضات للاسقاط جدا كما قال ذلك برون
وقالوا مثل ذلك في عدم تمدد الرحم بسبب قوة عظيمة حصل في اليافها فانه يخاف
الاسقاط في تلك الحالة قالوا لان الرحم لا يسهل عليها اطاعة الحركات العنيفة
التي تمدها وهذا جرى منهم على رأى القدماء القائلين بان البذرة تؤثر تأثيرا
مجانكيا في الرحم فكان هناك مقاتلة بين الرحم وما تحتوي عليه مع ان ذلك
غير موجود اصلا وانما الرحم تعظم بسبب اتساع ثنيات اليافها ووفور
السائلات في اواميتها فالبذرة ينقطع نموها عندما ينقطع نمو العضو المحتوى
عليها فيمكن ان يكون الاسقاط نتيجة ذلك لكن لا ينسب ذلك لحركة تمدد عنيف
ليست موجودة في البذرة بوجه من الوجوه

(المطلب الثاني)

(في امراض البذرة المسببة للاسقاط)

الاسقاط يحصل في اكثر الاحوال من استعداد مخصوص في البذرة نظير
ما يحصل في الاثمار التي تذبل قبل ان يتم نموها وتسقط من ادى هزة في الفرع
الحامل لها فكذلك العلقه او الجنين في الحيوانات يلزم ان ينقصلا ويندفع
من الرحم اذا انقطعت حياتهما * والتغيرات التي توصل لموت الجنين كثيرة
جدا وتكون اكثر كلما كان الحمل اقل تقدما قال المؤلف فتارة يتبدأ المرض
بالاغشية فيسكن السلي ويصير معتما ويغطي من الباطن بخشونة وتنفتح
حبوب الوجه الظاهر فيتولد منها عناقيد الديدان الحوصلية الرخية
والامنيوس يحصل فيه تغيرات تقرب من ذلك فيتغير تركيبه او يلتصق
بالاجزاء المحيطة به والمشجة لا تتكون او تنمو بدون انتظام وتصير مجلسا لجميع
انواع الاستحالات وتارة يتبدأ المرض بالحوصلة السرية او قناتها او بالكيس

السجى اوبالحبيل السرى اوبالبذرة نفسها وعلى مقتضى ذلك تختلف اشكال التغيرات ودرجاتها

ومعظم الآفات التى يكون الطفل موضوعا لها بعد الولادة قد تظهر فى مدة حياته داخل الرحم * قال المؤلف قد شاهدت التصاقا مرضيا لجميع سعة الأغشية مع الجنذع فى بذرة لها شهران وفساد اقترحا فى الرأس والبطن واليد وغير ذلك فى بذرات لها اقل من ذلك وتغيرات لا تحصر فى الرئة والكبد والبريتون وغير ذلك من اجزاء الجسم فى اجنة لها ثلاثة اشهر ورأيت الحبيل السرى ضامرا وعروقه منسدة كلا او بعضا فى جميع ازمته ثموه وكثيرا ما رأيت الحوصلة السرية صلبة كالخجر واحيانا مملوءة بسائل صاف وفى الحالتين لم يكن لها الحجم والنظر الطبيعىان ورأيت الرأس وحده فى كثير من الاجنة ضامرا ومشوها واحيانا يشاركه فى ذلك واحد او اكثر من الاطراف او الصدر او البطن والغالب ان يكون الضمور او الفساد عاما وينتهى حال الجنين فى بعض الاحوال بان يزول بالسكية فينتدب نقي الامنيوس ايضا فى الغالب واحيانا رأيت البذرة ككبس مملوء بسائل زلالى صاف خيطى كأنه مركب من الساقط والسلى ولا يحتوى على العلقه اصلا فكانت تلك البذرة كالبليضة التى تخرج من الدجاج بدون تلقيح ولكن من حيث انه يوجد اثر للامنيوس والحبيل السرى بل والعلقه نفسها فى كثير من الاحوال لم رفض هذا التشبيه انتهى وشاهد كثير من مثل ذلك ايضا وسجوه باسماء كثيرة ودقوافيه مؤلفات ثم قال المؤلف وعندى ادله صحيحة على ان تشوه التركيب انما هو نتيجة مرض فى بعض اجزاء البذرة فان العلقه البشرية المشبهة للنبات فى الاشهر الاول من الحمل محاطة بكثير من اسباب الفساد تقاومها دائما بنجاح غير ان تلك الاسباب قد تهرت تلك البذرة الضعيفة فمرضها بل قد تميت ايضا * واكثر المعرضين لذلك هم الاجنة المتولدون من سائل منوى فاسد النضج او متغير الطبيعىة آت من اب هرم جدا او صغير فى السن جدا او مريض او منهول من الافراط فى البهائم ففى كانت البذرة مريضة بحيث كان مرضه يمتد لها

كانت النتيجة اللازمة لذلك هي الاسقاط والبنية تميل عند ذلك للتخليص من الحمل كما تميل للتخليص من كل ما يتعبها ~~كشوكة~~ مثلاً لان ذلك سببه كما قيل ان الدم المخصوص اولاً بالجنين يلتزم عند ذلك ان يدخل في دورة الدم للام فيسبب ذلك

(المبحث الثاني)
(في الاسباب المنتجة)

الاسباب المهمة يندر ان لا توجد والى ما وحدها ينسب اندفاع البذرة وفي الحقيقة كثيراً ما تنتج وفي هذه الحالة يقال ان الاسقاط حصل من ذاته ولكن الغالب انه ينسب غالباً لبعض عوارض واحوال مخصوصة منها التشاؤب والتعطى وقضاء الحاجة والتبول والسعال والحركات العنيفة ومضادة المارد والفرح والحزن ورايحة الشمعة المطفية وانطباع اى رايحة قوية ونوبة الاختناق الرجى والصرع والتسكاح والرقص والسهر والاسهال والنهغى والزحير وجميع الاسباب التى تسبب التزيف الرجى مدة الحمل ومنع موريبوسوس الرياضة والباه في اواخر الحمل وشنع ديونس عليه في ذلك وقال ان عندى امرأة حملت عشرين مرة فجاءت بعشرين طفلاً ولدتهم بعد تمام الاشهر وزلوا في غاية السلامة مع انه لم ينقطع عنها ممارسة ذلك فعندى يقين ان ملاعبة الزوج مع قضاء اوطاره من زوجته في مثل تلك الحالة لا تؤثر شيئاً انتهى بل قال ارسطاطاليس ان من خواص الجماع قرب نهاية الحمل تسهيل الولادة فقال المؤلف وانا لا اقول على وجه الاطلاق ان ذلك لا يوجب الاسقاط وانما اذا لم يوجد قبله شئ من الاسباب المهمة التى ذكرناها لم يحصل الاسقاط الا نادراً

والامراض الحادة في المرأة والاسفكسيا والالتهابات بجميع انواعها لا تنتجها الا بعسر وبكيفية اخرى ومثل ذلك الصباح والغنا ورجة العربات وحركات القبي واستعمال بعض ادوية والسقطات والضربات والحركات العنيفة المفعولة باى جزء من اجزاء البدن وجميع ما يحدث اهتزازا وازعاجا في الرحم

اذ قد يعسر ان يوضع وبين كيف يتفق ان ضربة خفيفة على البطن قد تخرج
 الجنين جرحا عميقا كما وقع لامرأة اتها التطمط في زاوية طاولة فولدت في اليوم
 السابع ولدا مشقوقا رأسه الى عنقه نصفين معلقين في منكبيه
 وقد ظنوا عموما ان تأثير هذه الاسباب انما هو فصل المشيمة من التصاقها
 بالرحم لكن اذا علمت ان البذرة ماثلة للرحم امتلاء تاما وانها هي كذلك مملوءة
 بماء الامنيوس علمت ان الحركـات التي تطبع في المرأة من الارتجاجات
 والاضطرابات التي تحصل لها لا تقدر على فصل المشيمة من الرحم ولا السلي
 من الامنيوس وان ذلك يكون كفصل حوصلتين او مئنتين داخله احدهما
 في الاخرى والباطنة مملوءة كاهلبسائل وايضا فان النساء الناشطات العاقلات
 واللوأى ينهجن على الممارسات العنيفة يصل حملهن في الغالب الى غاية السكـال
 مثل غيرهن مع انه يشاهد الاسقاط في كثير من النساء الاخر اللواتي هن في غاية
 الاحتراس الزائد على حملهن والمشاهدات المؤيدة لذلك كثيرة وقد اتفق
 ان حاملها لسبعة اشهر حصل في اوضتها حريق فلاجل هروجهامنه انزلت
 من الدور الثالث فن خوفها تركت نفسها فسقطت على حجارة وانـه سـر
 ذراعها ومع ذلك لم يحصل لجلها تكدر ولا واتفق ايضا ان شابة من القوابل
 حلت وكان معها ضيق في الحوض فالقت نفسها الى الاسفل من سلم مطمورة
 غائرة عمية بقصد الاسقاط فبرارامن العملية القيصرية فقات بسبب
 الجراحات التي حصلت لها من ذلك ومع ذلك لم يحصل لها اسقاط

(المطلب الاول)

(في الادوية المسقطة والعلاج المسقط)

ذكرنا من الادوية المسقطة ادوية مفردة ومركبة فمن المفردات مدرة الحيض
 وهي المرة والجريفة والمزلقات وهي الرطبة اللزجة تستعمل مشروبا وجولا
 ومنهما الافنتين والشاهترج وبذر الشيطرج الذي هو كلج حرق له رائحة
 حريفة اذا احتسب اسقط وحب الحرمل مشروبا وجولا ودهن البيلسان ودهن
 البان اذا احتمل اخرج الجنين والمشيمة والحلتيت والقنة وكذا الدارصيني

اذا خلط بالاقوة فانه يسقط الجنين شربا وجولا وحافرا الحجار يزعمون انه اذا انجز
 به الجنين الحى او الميت اخرجوه واذا انجز بزبله من قعر اخرج الجنين الميت
 بسرعة والتدخين بعين بمكة مألحة كذلك وادخال كاغد مقتول اوريشة
 ملطخة بشئ من الادوية المسقطة كالقطران وماء شحم الحنظل ونحوه مسقط
 ايضا وذكروا ادوية مركبة وفرازج فراجعهم فى كتب العرب كابن سينا مثلا
 ومن المشهور بالاسقاط ايضا عند النساء بل وفى كتب الاطباء القصد
 والحملات والمقيحات والمسهلات كللدرة للبيض ايضا مع انه يوجد كل يوم
 فى الممارسات امر اضرت تدعى القصد سواء الموضعي والعام مرات كثيرة
 ويؤمر فيها النساء بذلك وبالمقيحات والمسهلات الشديدة وغير ذلك مما هو قوى
 الفعل بدون ان يتألم او يتكدر من ذلك حملهن وذكر موريسوس ان زوجة لاحد
 اصحابه فصدت ثمانين مرة مدة حمل وجاءت عند تمام الاشهر بطفل جيد الصحة
 فرائد النور وامرأة اخرى فصدت من رجلها عشر مرات ولم يحصل لها
 من ذلك خطر وللطبيب ياموت فصد امرأته ثمانية واربعين مرة فى حمل وولدت
 عند تمام الاشهر طفلا حيا ودولاموت الذى شاهد ان المسهلات القوية حصل
 منها التهابات معدية ومعدوية وبريتونية بل الموت ايضا بدون ان يتسبب عنها
 اسقاط ذكر امرأة فصدت نحو سبع وثمانين مرة فى الاشهر الخمسة الاخر من الحمل
 قال المؤلف قد رأيت شابة مخفية لحملها من اهلها اصيبت بالتهاب بطنى من اشد
 ما يكون بسبب انما التزمت ان تستعمل ادوية مسقطة فانت فى اليوم الثامن
 ولم يظهر فيها علامة اسقاط قط واستشرت فى شابة اخرى استعملت للاسقاط
 خمس عشرة قطعة من الطرطير المني وحصل لها قيء معجوب بمركات عنيفة
 ما سمع بمثله ومع ذلك دام حملها على سيره واتفق ان امرأة عمل لها علامة
 الحصة بالطريقة الثانية المهبلية وخرجت منها حصاة وزمن اسع آواق ولم تعلم
 انها حامل فبعد ستة اشهر وضعت ولدا وبعد ذلك كله لا ينبغي ان يستنتج
 منه ان القصد سيما فى القدم او وضع العلق على الفرج والاستحمامات المكررة
 كثيرا لا يحصل للعوامل منها الزعاج اصلا وانما نقول اذا لم يكن عند المرأة

استعداد للاسقاط لم يحصل من تلك الوسائط في الغالب شيء من التبايح
فان كانت مستعدة له بسبب وجود شيء عندها من الاسباب المهمة كانت تلك
الوسائط معينة على حصوله

(المطلب الثاني)

(في الاسباب المخصوصة)

ذكر ديزموس ان الاسقاط كثيرا ما يكون مسبوقا بحالة احتقان مهيج في الرحم
وتحريك حية عامة وجملة من الاعراض التي يقوم منها التزيف القوي
والقابلية لتسبيل ذكرت هذه الحالة وارجعت اليها معظم الاسباب المهمة
والمتعبة للاسقاط قبل ان تفعل الاتقياضات الرحمية افما لها لكن جعل ذلك
هو السبب الرئيس لكل ولادة كاذبة غلط وانما الغالب انه ظاهرة تابعة
ونتيجة لسبب آخر ظاهر او باطن لانه نتيجة لازمة لذلك على ان بعض النساء
يحصل لهن هذا التزيف مدة سير الحمل كله بكيفية واضحة في كل زمن من ازمنة
بعضهن فتنتج من ذلك ان الاسقاط كما يحصل في غير ازمنة الحيض يحصل فيها
على حد سواء وان معظم الامراض الثقيلة تنتجها وامثلة ذلك كثيرة
في الهبضة التي كانت يباريس فانها قتلت معظم الاجنة (سنة ١٨٣٢)
عيسوية وموت الجنين بسرعة في مثل هذا الداء الممهل ليس لان الدورة
الرحمية المشجية وقفت فجأة بغيوبة جميع الدورة العامة كما ظن ذلك
دبواس لان الطبيب رولير شاهد بقاء الدورة في امرأة مصابة بالهبضة مع ان
جنينها نزل فاسدا عمقا وانما ذلك بسبب اجتماع جملة اسباب اخرى من النافع
ذكرها هنا الآن

(المطلب الثالث)

(في الاسباب الدورية)

الاسقاط الدوري اى الذى يأتى في زمن واحد معين من الحمل تقر به الامراة
واحدة ينظر انه مما ينسب للتزيف القوي الذى يحصل من ذاته فقد ذكر ستولت
امرأتين سقطت كل واحدة منهما سبع مرات بتلك الكيفية ويمكن ان ينشأ ذلك

ايضا

ايضا من حالة مخصوصة في الرحم خلقية او مكتسبة ككون الجنين في الرحم غير قابل لان يعظم فيه الجنين زيادة عن درجة مخصوصة وقد الحق بتلك الحالة تسلطن العادة والتوارث فقد ذكروا كثيرا من النساء كانت امهاتهن موضوعا للاسقاط وما تسرلهن ايصال حملهن الى تمام الاشهر وقد ثبت من المشاهدات ان المرأة يكون الخوف عليها من الاسقاط اكثر كلما كان حصول ذلك لها فيما سبق اكثر وذكر الحكيم خويرا امرأة حصلت لها الاسقاط اثنين وعشرين مرة في الشهر الثالث وغيره ذكر اخرى لا يذهب حملها الا الى ثمانية اشهر واخرى ما بلغت تمام اشهرها الا في الحمل الثاني عشر واخرى سقطت ثمان مرات في الشهر الثالث وما وصلت الى الشهر التاسع الا في الحمل التاسع بواسطة فصد صغير وامثلة ذلك كثيرة مشهورة بها كتب المؤلفين

(المطلب الرابع)
(في الاسباب الميخانيكية اى الحيلية)

الاسباب الميخانيكية (اى لحركات المتجهة باستقامة نحو البذرة) التي اشار بها بعض المؤلفين عند ما يكون الحوض معيبا واستعملت كثيرا ينبغي ان تعد في رتبة المدرات للطمث والمسهلات الشديدة والغالب ان اللواتي يستعملنها لا يحصل لهن المقصود كما ذكرنا ولا ينتج منها الا جرح الرحم جرحا ثقيلا قال المؤلف قد دعت لمشورة امرأة نتج من استعمالها مثل تلك الاشياء من يف ادى بها الى قرب الهلاك فكان معها تألم شديد لا يطاق في باطن الحوض مكث نحو شهرين ومع ذلك لم يحصل لها الاجهاض والا ن معها قرحة واسعة في عنق الرحم وامثلة ذلك كثيرة ياريس فقد دعت لاربعة نسوة من هذا القبيل فاحدها من ماتت بالتهاب بريتوني والثانية معها الان سمرطان والثالثة معها تريف لا يمكن شفاؤه والرابعة وحدها هي التي رجعت لها صحتها

(الفصل الثالث)
(في علامات الاسقاط)

تذوق البذرة يحصل غالبا بسبب الامراض الطويلة في الشهر الثاني والثلث

من الحمل بدون ان يعصبه اعراض مخصوصة ولا يختلف اختلافا محسوسا
عن ما يحصل في زمن حيض شاق واما فيما بعد فيمكن ان تتولد عنه الظاهرات
الاعتيادية للولادة الطبيعية الا ان الغالب كونه مسبوقا بحزن وضعف عام
وقد للحس والحركة وانغماء واحساس يرد في الخلة وخفقان وصفرة في الوجه
وتنفي النفس وارتماء في انديين ومعظم العلامات الحقيقية التي تدل على
موت الجنين * والهادئة ان المرأة يحصل لها اول اقبل ذلك يوم او جملة ايام
رعشة وقشعريرة في الجلد وحرارة فيه وعطش وقد شهية وسرعة في حركات
القلب والشرايين وتقل في الحوض وعلى الدبر ونحو القطن وتعب عام
في الاطراف بحيث تكون كأنها مهددة بمرض ثقيل ثم يظهر النزيف المصوب
بآلام تختلف شدتها وجميع ظاهرات الطلق الحقيقي ومع ذلك فليس من هذه
العلامات ما يعطى اليقين قبل تمدد العنق ووجود رأس الجنين في بوزطنشيا
الانزيف والالم

فاما النزيف في نفسه فلا يعقبه الاجهاض كما ثبت ذلك من المشاهدات
واتما يخاف حصوله يقينامتى ظهر هذا النزيف دائما * واما الآلام فمن المهم
عدم اشتباهاها بانواع المصص والالام الرجبية التي تشاهد احيانا في مدد
الحيض فلاجل ذلك ينبغي ملاحظة العلامات التي ذكرت في اوجاع الولادة
والعلامات المنتجة غالباً للولادة الكاذبة اى الاجهاض هي ميلان مقدار من
مادة مسجرة او مصلية ولين عنق الرحم وتمزق الاغشية وتكون الجيب المسائي
مع الآلام التي تعقب من السرة الى التقعير مع ان دبر زموس شاهد ظهور هذه
العلامات عقب سقطة ولم يحصل الاجهاض واتفق ان حاملا في خمسة اشهر
ضربت على بطنها فعرض لها نزيف واتسع عنق الرحم وظهر ان الاجهاض
قريب الوقوع ومع ذلك عاد كل شئ الى حاله ولم تحصل الولادة الا بعد تمام
الاشهر واتفق لاخرى انها انقلبت فحصل لها نزيف وآلام خلية واتسع
في عنق الرحم ولم يلبث ذلك قليلا حتى سالت المياه وانقطع تحرك الجنين
الى الشهر السابع ثم بعد تمام الاشهر التسعة جاء الجنين حيا وذكر مورلان

في امرأة انما لم تلد الا بعد خروج المياه بستة اسابيع واتفق عن قريب انه شوهد حامل في ستة اشهر تكون فيها القرن اى الجيب المائى ثم تمزق ودخل ذراع الجنين في المهبل ثم وقف الطلق ورجع الجنين الى وضعه وسار الحمل في سيره الطبيعى بل اتفق ايضا في مشاهدة اخرى خروج الرأس وانتهى حاله بان دخل في الرحم ثانيا

ويمكن ان يقال ان السائل الذى خرج من عنق الرحم آت من كيس ديداني ومن الخلوين الاغشية ففي هذه الحالة من المعلوم ان الحمل بالضرورة لم يحصل له تكدر ويصح ايضا ان تكون المياه آتية من بذرة مزوجة اى من كبة من بذرتين انشقت واحدة ولم يحصل للاخرى ادنى تكدر ولا تغير لكن اذا قطعنا النظر عن مثل تلك الاحوال الغير الاعتيادية نرى ان تمزق الاغشية المتبوع بسيلان المياه يدل يقينا على ولادة كاذبة او اقله على موت الجنين اذا لم يندفع حالا

فاذا انقطعت حياة الجنين انقذف في الغالب بسرعة من الرحم وكثيرا ما لا يحصل اندفاعه الا بعد زمن طويل قال المؤلف وقد رأيت من لم يندفع الا بعد ثمانية وعشرين يوما من حامل لها سبعة اشهر وفي اخرى بعد ان كان حملها محققا بالهرز والحركات الاختيارية انقطع دفعة في الشهر السادس ووجدت علامات موت الطفل وذهب نصف حجم البطن تدريجا ثم في الشهر الثامن سالت المياه وبقي العنق مسدودا ولم يكن هناك ما يدل على ان الاجهاض يلزم ان يحصل بسرعة وفي كتب المؤلفين كثيرا من ذلك فقد ذكروا موت جنين في اربعة اشهر مع انه لم يخرج من الفرج الا بعد كمال اشهر الحمل فازعمه البعض من ان الجنين الميت لا يمكن ان يكتث في الرحم الا من خمسة ايام الى عشر بن خطا وما عد ذلك فالجنين يتحول الى كتلة مصفرة كانتها نهمية مع اجزائه العظمية حتى ان بعضهم ممن شاهد ذلك سماه بسبعة الرحم وكان وزنه ستة ارطال وهذه الخاصية تشاهد كثيرا في الضأن وذكروا ان الجنين اما ان يتداخل في بعضه مع تصلبه واما ان يمتص واما ان يفسد

تركيبه وشوهره ايضا مكث الجنين ميتا في الرحم مدة خمس سنين سنة
 فاذا لم تنزق الاغشية ولم يدخل الهواء بافراط في باطنها جاز ان يمكث الجنين
 سليما مدة اشهر كثيرة بل مدة سنين كما علمت وقد يتفق ان يخرج الجنين الحي
 في كمال اشهره مع جنين ميت من مدة طويلة ~~وتكثرت~~ مشاهد ذلك في الحمل
 المضاعف واحيانا يفسد تركيب الجنين ويعفن ويتحول الى حالة رمية واتفق
 ان جنينا خرج متهما وبعد ذلك بثلاثة اشهر تحقق وجود عظام في الرحم
 فاستخرجت وذلك يحمل على ظن ان الحمل كان مزدوجا وقد يذوب الجنين
 في المياه فعند ذلك يوجد متحول الى مولد حقيقة اى قطع لحم
 فاذا ~~كان~~ الجنين خارجا عن الرحم جاز ان تمسكه الاغشية المحاطة به ايضا
 بواسطة الالتصاق وقد اتفق في سقط خرج في الشهر الخامس ولم يخرج المشيمة
 الا في الشهر التاسع وكان وزنها ثمان آواق وفي اخرى لم يخرج الا بعد الاسقاط
 بشهر لكن بدون تغير وتوابع الجنين قديني حيايتها ونحوها فالغشاء الساقط
 يكتسب حينئذ مموكة عظيمة وماء الامنيوس يزول بالكايمة وتجويف السلي
 يضيق تدريجيا وينتهي حال الكتلة ابان نصير وربما حمرا كانه لحمي يشاهد
 في مركزه غالب التجويف صغير مصلى واما المشيمة فتبقى آخذة في التواء ويحصل
 فيها ارتشاح وعند اندفاعها لا يكون بينها وبين شكلها الاول وطبيعتها
 الاصلية نسبة

(الفصل الرابع)
 (في الانذار)

الاجهاض في الغالب اخطر من الولادة فلا عبرة بمن غلط بقراط في ذلك
 لان الاول مرض والثاني انما هو نهاية وظيفة طبيعية وليس السبب في خطره
 ان الاجهاض يكون احيانا ثقيلًا وانما ~~ل~~كون الاسباب التي تحرضه
 والعوارض التي تصاحبه يقوم منها في الغالب آفات مفعمة لان الحمل الذي
 كان الاجهاض نهاية له اظهر في اعضائه التناسل جرثومة داء آت كانت لا تطن
 فيها ولا تظهر ابدا بدونه فانهذاره يلزم اذن ان يختلف باختلاف الاحوال

فاذا ظهر

فإذا ظهر ان معه آفات عصبية مختلفة أو آلام خلية أو التهابات رجعية مزمنة
أو قروح أو استسحالات أو غير ذلك من الأمراض العضوية فذلك لان الغالب
ان هذه التغير ات توجد من قبل وتكون سببا للولادة الكاذبة نفسها ما عدا
الاجهاض الزائج من الافعال الميخا نكية الواسلة * والاقل خطرا هو الذي
يحصل من امراض البذرة والاقل هو الذي ينشأ من سبب منتج شديد غير
مساعد بسبب من الاسباب المهيئة والاجهاض الذي يحصل من ذاته اقل
خطرا مما يحصل بسبب قهرى وعموما يقل خطره كلما كانت حركته ابطأ ويكون
الخطر للمرأة اعظم كلما كان الحمل اكثر تقدما واما للجنين فهو خطر في جميع
الازمنة واخوفه ما يحصل في مدة سير مرض حاد فاذا شوهدت علامات
الاجهاض في امرأة مصابة بجمي ثقبيلة أو التهاب حشوى او حجرة في الوجه
او جدرى او حصبة وذلك يكون في الاخر عندما تدخل المرأة في النقاهة
كان الخوف على المرأة شديد والغالب ان يختم ذلك بموتها
فاذا كان عنق الرحم لينارخواب الطبيعة وكان الباقي من الرحم حافظا لكثافته
الاعتيادية كان الاجهاض اسهل واقل غملا للمرأة منه في عكس ذلك
فان كان ناتجا من نزيف شديد واضح جدا ولم يكن مضاعفا بغيره جازان ينتهى
بغير كالولادة البسيطة لكن من حيث ان هذا النزيف الشديد انما هو في الغالب
درجة اولى للالتهاب الذي تختلف سته او عرض له كان هناك وجه للخوف
منه سيما اذا كان مصحوبا بجمي أو التهاب رجمى او برتوى حاد أو التهاب آخر
خطر مثل ذلك

{ الفصل الخامس }

{ فى العلاج }

المهم للطبيب المولده هو الاحتراس من حصول الاجهاض لانه متى حكم به
لم يلزم الاتجمل انتهائه
فالعالجة الحافظة منه تختلف باختلاف الاسباب المتمة التى من المهم
تبعيدها ومقاومتها فاذا كانت المرأة قابلة للتجيم قوية الحساسية اجتهد

في حفظها عن الانزعاجات والانفعالات النفسانية وفي بعدها عن المدن
الكبيرة فتؤمر بالاسفار للتسلي ويلزم للضعاف واللينفاويات اتباع التدبير
المقوى والراحة اوقافه ان لا ينهمكن الاعلى الممارسات المقبولة للنفس ومنهن
من يؤمر لهما ببعض اذوية متقوية ووطن قولنسون ان استعمال الزبدق للمرضى
بالداءات الزهرية يمين على الاجهاض وتمسك روسيل وغيره بعكس ذلك
وانه واسطة جليلة للحفظ منه خصوصا بين الشهر الخامس والثامن واذا وجد
مرض في الرحم او في غيرها من الاعضاء بحث مع غاية الاتباء على طبيعته
حتى يعالج بالادوية المناسبة له فاذا كان هناك علامة امتلاء او احتقان
فصدت من ذراعها ويكرر القصد ان احتيج اليه خصوصا النساء اللواتي
يحصل لهن في كل دور من ادوار الحيض نزيف قوى واضح

ومن المحقق ان القصد هو احسن الوسائل للاحتراس من الاجهاض فقد امر
ديونس بفعله قبل الدور الثاني للحيض وقال دسولت انه كان العلاج الرئيس
في الاسقاط الجنسي الذي كان في فينه سنة ١٧٧٨ وفي السنة التي بعدها واما
ما اتهم به بعض العامة من انه يكون نافعا في كل حمل بدون تمييز فخطا لا يسلم
من الخطر لانه اذا لم يكن هناك حالة مخصوصة تستدعيه جاز ان يكون
مضرا للعوامل كما يكون كذلك لغيرهن فما يفعله كثير من الناس من اعتيادهم
على قصد الحامل مرة او مرتين في مدة سير حملهن بدون ان يعرف لهن
ما يقتضيه غلط واضح

فاذا ظهرت علامة الاسقاط ينبغي ان يفعل ما قيل في الانزفة الرجبية فالراحة
التامة والوضع الافقي والمنشروبات الباردة المحضية والمحولات من الظاهر
والوضعيات الجليدية ومضادات التشنج والمسكات اذا كان هناك اضطراب
وميل للتشنجات هي الاشياء التي يلزم اتباعها والقصد ايضا من الاشياء
الاقوى فعلا في العمل ولا يمكن لا يستعمل الامع التوفى والاحتراس
لانه من حيث كونه لا يمنع الاجهاض دائما بما يناسب له هذا العارض الذي
لا يمكن ان يجترس منه به وذكر بعضهم انه حصل على يده فنجاح في مثل هذه

الحالة من استعمال خلاصة الرتانيا وينبغي ان يؤمر بالاستعمالات القديمة
واليدية والاستعمالات العامة فانها تكون نافعة مادام هناك امل
في الاحتراس من اندفاع الجنين

فاذا خيف الخطر من التزيف كانت السدادة هي الوسطة الثمينة وان اهملها
المتأخرون فانها كما توقف التزيف لا تمتنع الحمل من ان يصل الى كمال اشهره كما
شاهد ذلك كثير من القوابل والشيلم المسمى بالسجل المقرن قد يكون له في ذلك
فعل عظيم لكن من حيث انه يعين خصوصا على دفع الجنين لم يكن من الحزم
ان يستعمل قبل استعمال غيره من الوسائط وتقول بالاختصار متى حكم
بالاجهاض لزم له الاحتراسات التي يستدعيها التزيف الحقيقي او الولادة

ويستعان على خروج الجنين اذا عرف عدم امكان حفظه في الرحم بدوام
استعمال الوسائط المذكورة فيعاد الفصد اذا كانت المرأة قوية ويقبل
الاحتياج للسكون والوضع الافقي ويصح ان يؤمر بالاستعمالات والسجل
المقرن بدون خوف وبلافيون من الباطن اذا كانت الاوجاع شديدة وبالمرهم
المسكنة او البلادوناعلى عنق الرحم اذا كان هذا الجزء متألما وانه ينقبض
اتقباضا تشجيبا وبالحقن المرخية في المهبل فانها نافعة في بعض الاحوال
فاذا خرجت البذرة من العنق كان لا بأس بوضع الاصبع فيه ومساعدة
اندفاعها به ولا يستعان على خروجها بمسكها بحف من الحفوت المعروفة
الا اذا كان هناك زمن تخليص المرأة منها حالا لانه يخشى الخطر من عدم
استخراجها تمامها ثم التعسر او العجز عن الوصول للجزاء التي لم تمسك
اولا بالجفت

وبعد خروج الجنين يفعل كما يفعل بعد الولادة فينبغي غاية الاحتراس والانتباه
في تخليص المشيمة ومعالجتها حتى اللبن وتوابع الولادة سيما اذا جاوز الحمل الشهر
الرابع بل وفي الاشهر الاول من الحمل ايضا اذا خرج الجنين كله اما اذا بقيت
الاغشية بعد البذرة او الجنين فلان العوارض يبعد انقطاعها لان ذلك
الاغشية يتكون منها الكتلة الرئيسية لما نتج من العلوق فيكون من الخطأ تركه

استفراجها اذا امكن مسكها في المهبل

(الباب الثاني)

(في انواع المولى بضم الميم اى انقطع الحمية في الرحم)

المولى كلمة فارسية معناها لحم ونحن نسميها بالمضغ ونعني بها هنا جميع ما يتولد
تولدا غير طبيعي في تجويف الرحم بدون تغير واضح في ذلك التجويف فن ذلك
التجمعات الدموية المتغيرة طبيعتها والاعشبية الكاذبة وبقايا الجنين او المشيمة
واغلب التغيرات التي تحصل في الجنين ولذلك قسمها جلوس الى مولى صادقة
او لجية ومولى كاذبة او غشائية وقسمت بعده الى بوليوسية ودموية وعلقية
وغير علقية وديدانية وغير ذلك وقد علم من ذلك ان منها ما يكون نتيجة العلوق
ومنها ما يمكن ان يحصل بدون تلقيح سابق فقد تحصل للبنات التجمعات
الغشائية التي ترسب في الرحم في ممدد الحيض مع بعض النساء وكان يعرفها
بقراط وان كان الغالب **ككونها** من مستنجات الوطى ومثل ذلك ايضا
الاجسام الليفية والكتل الدموية التي ذكرها المؤلفون واما الديدان الحوصلية
والاجسام التي لها تركيب حقيقي فنتيجة من فساد جل حقيقي واما اشكال
المولى من **ككلا** القسمين فكثيرة غريبة فالتقروود والنساجيس والاضفادع
والسكالب والحيوانات المختلفة التي زعم من سلف قبلنا ان النساء ولدنها
ينسب معظمها بل كلها للتويع الاول * وبما ينسب ايضا للعلوق عنايد العنب
وحبوه وغير ذلك من الثمار التي شوهد خروجها من اعضاء التناسل فهي من
انواع المولى الحوصلية او البذرات المتغيرة

فالنوع الاول اعنى المضغ الغير المتعلقة بالعلوق هو اندر الانواع ويميز عن غيره
بانه لا يكون في الحقيقة آليا وليس ذلك **للكون** الدم المنصب او التصعد
الافقوى الذي يتكون اصل المولى منه لا يمكن ان تتكون منه عروق
وانما يحصل في هذه الحالة التصاق بين الرحم والمتولد المرضي وبذلك يكون
مرضا لا يعدم انواع المولى واما في النوع الثاني فبالعكس فانه يمكن بالبحث
الجيد ان يعرف بعض بقايا في الرحم من المنسوجات الطبيعية فالحالة المرضية

للبذرة تؤثر على الجنين او توابعه فاذا تعوق الاندفاع نتج من ذلك في الحالة الاولى بعض تشوهات في الجنين وفي الحالة الثانية يوجد نوع من مولى التناسل

وتوصف هذه المولى حيثئذ بانها فساد كثير او قليل في العلقه وجبلها السرى ويمكن ان البذرات المتغيرة التي تشاهد مخلوطة بمادة زلاية او دموية او مصلية تكون من المولى في اول نشأتها ثم ان الاغشية متى اتفجرت سوآء بنى الامنيوس او ذهاب وسوآء بنى السلي سليما او تغير وسوآء كان الفشاء الساقط جزأ منها ام لا استفرغ تجويف البذرة فلا يـ~~كون~~ الاسطعا ملمس بل ر بما انتهى بان يزول بالكلية فالمولى انما تكون في الغالب ضخامة في البذرة ويـ~~كون~~ بواسطه الدم المنصب في سبك الفشاء الساقط او فيما بين الساقط والسلي ان تتشكل المولى بأشكال مختلفة وتكتسب حجما عظيما فالانصبابات الدموية والاورام الاسقيروسية والشحمية والصديدية في المشيمة والتعديبات الكالحة والمصفرة التي شوهت كثيرا على الوجه الظاهر للسلي ناتجة من ذلك ايضا والمولى الديدانية كثيرة الحصول مثل ذلك ايضا ونسبها بعضهم لتغير في الاوعية الليفافية وبعضهم لاتساع في الغدد وبعضهم لاتساع في الاوعية وبعضهم للصمامات التي ذكرها في القنوات الوعائية للمشيمة * وجميعهم لم يخطئوا في سببها الا كونهم لم يعرفوا جيدا الزغب الموجود في السلي وانه حسبما ثبت ليس وعائيا ولا قنويا وان خيوطه عقدية طبيعة فقد ثبت عندنا بالمشاهدات ان الديدان الحوصلية للرحم انما هي ضخامة او ارتخاء مرضي في هذه المقدوارتضي ذلك الماهر كروفايير وواردت لتأ يده مشاهدات كثيرة وليست المولى الديدانية وحدها هي التي قد تحفظ في الرحم زمانا طويلا بل غير هائلها ايضا فقد اتفق ان امرأة ماتت وعمرها سبع وسبعون سنة بجمي عفتة فوجد فيها مولى وزنها عشرون اوقية وكانت حمراء من الظاهر ومبيضة غضروفية من الباطن هذا ولا يمكن ان يميز قبل طلق الاندفاع هل المولى ناشئة عن حمل حقيقي او عن مرض رجي والاحتراسات التي تستدعيها هذه الحالة

المرضية مثل الاحتاسات التي يستدعيها الاجهاض

(التعليم الثاني)
(في الولادة الحقيقية)

نعرفها باسم ما قيل في حدها انها وظيفة تقوم من اندفاع الجنين من باطن
الام الى الخارج طبيعة او بالصناعة
تقسيمها * وقع اختلاف كثير في تقسيم الولادة وقسمها مورسوس تبعاً
ليقراط الى طبيعية وهي التي يجي فيها الجنين بالرأس وتنتهي بنفسها وغير
طبيعية وهي بعكس ذلك وقيل ان الطبيعية هي ما يجي فيها الجنين بالرأس
او بالقدم وغير الطبيعية هي ما يجي فيها بغير ذلك ثم بعد ذلك بزم ما قسموها
الى طبيعية يأتي فيها الجنين بالرأس او المقعدة وغير طبيعية لا يأتي فيها بذلك
وشاقة وهي التي تحتاج للاستعانة بالصناعة وان كان وضع الجنين فيها جيداً
وقيل ان غير الطبيعية هي التي يجذب فيها الجنين من قدميه اى ينزل فيها الجذع
قبل الرأس واختار المؤلف تقسيماً يقرب من تقسيم مورسوس وهو ان
الولادة التي تنتهي بفعل قوى البنية وحدها تسمى ذاتية او جيدة او بسيطة
واما التي يحصل فيها تفسير وتعرض المرأة والجنين للخطر فتسمى عسرة او مغممة
او مضاعفة ويصح ان يقسم ايضا كل من هذين القسمين الى اجناس وانواع
واضاف اذا استدعى الحال ذلك

(الباب الاول)
(في الولادة عموماً)

الولادة يقال لها كاملة اذا مكثت الحمل قبلها تسعة اشهر ومدة آخره اذا جاوز
ذلك ومجمله اذا انتهت بين السابع والتاسع ولما كانت اسبابها المنتجة لها
واعراضها المصاحبة لها واحدة في جميع الاحوال اردنا ان نبحث عن ذلك
بوجه عام قبل ان نشرح كل نوع من انواعها على حدة

(القسم الاول)
(في اسباب الولادة)

اعتماداً

اعتمادا على تقسيم اسباب الولادة الى اسباب قريية واسباب بعيدة اولى
اسباب منتجة واسباب واصله

(الفصل الاول)

(في الاسباب المنتجة للولادة)

اضطربت في تلك الاسباب آراء الفسيولوجيين والقوابل قديما في جميع
الازمنة فيجعلونها تارة في الجنين او في الرحم او في العضلات البطنية
او في الحجاب الحاجز بل احيانا يجعلونها في هذه الاعضاء كلها فبقراط واغلب
القدماء قالوا ان الجنين وقت الولادة يمزق اغشيته ويمتد ويستند برجليه
ومقعده على قعر الرحم ويكس برأسه على العنق ليدده ويمر من اعضاء
التناسل وذلك معنى قول هرفيه ان الجنين هو الفاعل لخروجه بالحركات
القوية التي يفعلها باثقله واسسوا ذلك على ان فرخ الطير كالذجاج مثلا يشق
بمنقاره قشرة البيض المحتوية عليه وقت الفقس وان الجنين الميت في بطن امه
يخرج بعمر اكثر من غيره وان كثيرا من الاطفال يخرجون من الرحم بانفسهم
بعد موت امهاتهم لكن المحققون على ان الجنين وان كان له دخل عظيم
في الخروج الا انه يستعين بامور خارجة عنه لاتمام هذه الوظيفة واما مشابته
لفرخ الطائر فبعيدة والغالب ان موت الجنين لا يتعب اندفاعه انغاسا
محسوسا مع ان بطي الطلق فيه يوضح ذلك لانه يبقى في الرحم مسترخيا لا يستند
عليها كاستناد الجنين الحي واذا ابتدأ فيه التنفس حصل في قابلية تهيج الرحم
وانقباضها تاثيرمغ فيفقدان شيئا من قاعليتهما الاولى وايضا فان قابلية
المعيشة في الجنين من حيث انها على حسب القابلية في الاعضاء المحتوية عليه
يكون من الواضح ان الولادة تكون اسرع واسهل اذا كان الجنين قويا جيد
الصحة مما اذا كان ضعيفا او مريضا واما حصول الولادة احيانا بعد موت الام
يوم او يومين او ثلاثة فلا تاييد فيه لمذهب القدماء بل هو دليل قوي لفهم
وذلك ان خروج الاجنة في تلك الحالة من الرحم انما كان نتيجة قوة غريزية
عن الجنين لان اعضاء الحياة النسبية بعد الموت ولا سيما العضلات تسترخي

واما اعضاء الحياة الغذائية فانها لا تزال زمنا ما حافظة لانقباضاتها والبطن
 يتلى أحيانا بغاز بسرعة غريبة فاذا كان الطلق متقدما في وقت نزع المرأة
 لم يستغرب ان يشاهد ان الرحم التي انضغطت انضغاطا مبخانا كيان الظاهر
 ولم تكن مقاومة للهبان ولم تزل فيها قوة الانقباض تصل بذلك الى طرد البذرة
 كلها الى الخارج بدون ان تحتاج الى مشاركة الجنين لها في ذلك وذلك يحصل
 كثيرا فقد اتفق ان امرأة خرج منها جنين ميت بعد موتها بارباع وثلاثين ساعة
 ونقول من جهة اخرى قد ثبت من المشاهدات ان الولادة تحصل تقريبا
 بتلك الكيفية مهما كان الزمن الذي وصل له الحمل اذ من الواضح ان الاجهض
 في النصف الاول من الحمل لا يكون للجنين فيه القوة على ادنى فعل للاندفاع
 فكيف يتصور ان هذا الكائن الضعيف يوسع فتحة لا تقدر بدرجة قوى على
 النفوذ منها مع كون الجنين في الشهر الرابع والخامس يعسر عليه التحرك ولواثر
 نفسه في الولادة لكان اول فعل يفعله هو تمزيق الاغشية مع ان حبيب المياه
 لا يشجر الا في الزمن الاخير من الطلق بل قد لا ينفجر اصلا وتخرج البذرة
 بتمامها وقد يبقى من الجنين رأسه او جذعه او غير ذلك في الرحم ويخرج الباقي
 كما يخرج الجنين الحى كله وايضا لا يخفى ان المشيمة والاغشية والقطع الدموية
 المتجمدة والمضغ الجمجمة والتجمدات الليفية وغير ذلك ليس في شئ منها قوة على
 الفعل مع انها تدفع من الرحم كما تدفع غيرها وتحصل منها الظاهرات التي
 تحصل من جنين قوى جيد الصحة فهذا كله يدل على ان الجنين ليس هو السبب
 المحدث للولادة بل هو عديم الفعل في ذلك رأسا من ابتداء الطلق الى نهايته *
 فينبغي ان يفتش على سبب ذلك في بنية الام ولم يقع هذا التفتيش الا في القرنين
 الاخيرين واما في الازمنة السالفة فجالينوس ذكر في كتاب من كتبه
 ان اندفاع الجنين يكون من الرحم والعضلات الثمانية البطنية واستحسن
 في كتاب آخر ان الجنين هو الذي ينطرد بنفسه ثم اضطربت آراء من بعده فذهب
 من جعل السبب هو الجنين واما الرحم والعضلات فمعينة له ومنهم من نسب
 ذلك لقوة طاردة في الرحم ولا نقباض الرحم والحجاب الحاجز والعضلات

البطنية ايضا ومنهم من رأى ان فعل الرحم تابعي وان العضلات البطنية
والجناح الخارج هو الاصل ومنهم من جعل اتساع العنق فاشئا من الرحم
واما بقية الولادة فمن الجناح الخارج والعضلات البطنية وهذا نظير ما ثبته
الطبيب بنيت ولعله الاقرب من ان السبب المحدث الرئيس للولادة هو انقباض
الرحم وجر من ذلك ينسب لا انقباض عضلات البطن والصدر

(المبحث الاول)

(في الاسباب الممهدة الذاتية للولادة)

فيت من المشاهدات الصحيحة ان الانقباضات الرحمية هي السبب المحدث
الرئيس للولادة فاذا وضعت يد على الخيلة وقت حصول رجوع من اوجاع الطلق
يجس بان الرحم تنصلب وتكثرت وتقبض على نفسها واذا ادخل الاصبع
في المهبل يدرك تورق القوة ورفقا واتساعها وانقباضها على حسب زمن
الطلق فاذا انقطع الطلق لم يستمر بشئ من ذلك فتسترخي جميع الاجزاء
فان عادت طواهر الانقباض ويتضح ذلك زيادة اذا اضطرت القابلة
لان تدخل يدها في باطن الرحم فانها كما تلتزم حينئذ بان توقف حركاتها
وقت كل انقباض تفقد ايضا جميع حساسية يدها وقوة تأثيرها فتقع في خدر
ولا تدرك ما تلمسه وايضا من المعلوم المشاهد عند جميع القوابل انه قد لا يمكن
وقت الطلق ادخال شئ في العنق وانه اذا اريد التفتيش عن شئ متجمد في الرحم
او على المشيمة او الجنين نفسه يشاهد ان اليد تدفع بقوة عظيمة الى الخارج
احيانا فالتحقيق ان الانقباضات الرحمية قد تكفي وحدها لاندفاع الجنين وقد
اتفق ان الحمل وصل لتمام اشهره وحصلت الولادة من ذاتها مع انه كان هناك
مقووط تام للرحم وقد وضع كـ بر من النساء في حالة اصابتهن بنوبة السبات
والاسهـ كسيا والنكاح الطويل ومثلهن اللواتي ضعفن من طول مدة
مرض او نزيف او آلام في الحفلة بالولادة واستسقاء او التهاب صدرى
او هذيان او جنون واللواتي كانت عضلات البطن فيهن رقيقة ضعيفة بحيث
يفقدن قوة انقباضها واللواتي فيهن جبن وخوف وضعف وهزال او

تركيبه لينفاو يارائد الوضوح

(المبحث الثاني)

(في الاسباب المحدثه التابعة)

قد تحتاج الرحم في كثير من الاحوال للاستعانة بفعل الحجاب الحاجز والعضلات البطنية فعلى رأى هالير لا تنقبض الرحم الا تمنع الجنين عن ان يتسطح على نفسه ولتقهر احد طرفي قطره القمعدوى العصصى على النفوذ من المضيقين فعند انقباضهما تنسجها عضلات البطن من الامام والجانب وتمنعها عن ان تزوغ وتميل الى جهة او الى اخرى فتكون تلك العضلات لها كفنة صلبة متصلة بالحوض فاذا انخفض الحجاب الحاجز حيثئذ ذهب ذلك الانخفاض كله لقعير الرحم فينقاد عنق الرحم لذلك فيندفع الجنين منه من اعلى الى اسفل ويخرج من اعضاء التناسل ومن البعيد ان يكون للحجاب الحاجز تأثير على الرحم وانما يكون نقطة ارتكاز صلب للعضلات البطنية فاذا حصل منه فعل اتسع الصدر فتتسلى الرئتان بالهواء ثم ينطبق المزمار وبعد ذلك ينقبض الحجاب الحاجز فيعطى لقاعدة الصدر الممسوك من الباطن بالرئتين المتدتين بالهواء ~~سكونا~~ وصلابة فتتخذها القوى العضلية محل تثبيت وارتكاز لا يمكن ان تحصلها من غيرها فعلم من ذلك ان اعانة الحجاب الحاجز للرحم ليست حاصلة من ضغطه على الاحشاء من اعلى الى اسفل كما هو المظنون عموما وانما ذلك من جعله الصدر في حالة تقاوم انقباضات عضلات البطن التي تؤثر بتلك الكيفية في الجسم المنقذف ايضا

وفي كثير من النساء تنقبض الرحم اولا وحدها الى ان ينغرس الجنين في تقعر الحوض فينتدج يحصل احسان بنقل وتعنى وزحيره يقهر عضلات البطن على ان تعين بانقباضها هذا الاندفاع ومتى حصل المقصود للرحم وهو اتساع عنقها كانت غير محتاجة للتعاون فاذا كان الاتساع كافيا خرج الجنين بنفسه من تلك القنطرة الصلبة الضيقة جدا فيحتاج حينئذ لقوى عظيمة فاذا اشتدت افعال الرحم تنبت افعال جميع عضلات الجسم فبتأثير الرأس

والاطراف التي كانت ساكنة قبل ذلك والصدر المتسع والحجاب الحاجز المنخفض
والرئتان المملوءتان بالهواء والمزمار المنطبق يحصل في جدران البطن المثبتة
بقوة على الحوض ودائرة الصدر انقباض شديد من الامام الى الخلف والجوانب
واما الاحشاء فلكونها لا تقدر على رفع الحجاب الحاجز الفاصل لها عن الرئتين
تقل لثقل الرحم الانضغاط الشديد الذي تأثرت منه فحيث يبرز هذا العضو
المسوك من جميع الجهات جميع قوته ليقتل الجنين من العنق المتقاد لذلك
فهذا هو السير الذي يشاهد غالبا في تلك الحركات لكن قد تستدعي بنية المرأة
خلاف ذلك فلا تحتاج لثل هذا التعاون فقد تكتفي الرحم بنفسها في بعض
الاحوال وتتم وظيفتها بدون تعاون وبدون مشقة وقد تضعف احيانا بسبب
نوتر مفرط يحصل فيها فيتلد قوتها بترقيقه جدرانها وبسبب انقباضات
طويلة متضاغفة او تغير او استعداد طبيعي فيها يتعب وطلائعها فتستعد
للعضلات وقد تتوجه تلك العضلات بنفسها في بعض الاحوال فتحصل فيها
قوة على دفع الجنين مع مساعدة ضعيفة من الرحم وهذه هي الحالة التي يكون
جزء من وظيفة الولادة فيها احيانا اختياريا كالقوي في بعض الاشخاص
والبراز والتبول فان عندنا مشاهدات غاب طلق المرأة فيها عندما دخلت عليها
السلامة لمشاهدة ولادتها ولما خرجوا رجع لها الطلق وتمت الولادة
غير ان هذه كلها مستثنيات والقاعدة الكلية هي ان الارادة ليس لها تأثير
في سير الولادة الا بتوسط عضلات البطن والحجاب الحاجز ولا تقول قولا مطلقا
ان انقباضات الرحم المحبوبة باوجاع شديدة تكون خارجة عن سلطنة الارادة

(الفصل الثاني)

(في الاسباب المحممة)

اضطربت الاراء في جميع الازمنة في منشأ هذه الاسباب فينسبونها تارة
للجنين وتارة للرحم وتارة لغير ذلك من اجزاء الام ويصح ان تقسم الى طبيعية
وعارضية فالاولى ينبوعها يقينا يكون في الجنين وفي بنية الام وتوجد في جميع
الاحوال وتنسب للولادة الحقيقية والثانية تأتي من الخارج فهي غريبة

عن البنية وتنشأ من مرض البذرة او الرحم او استعداد مخصوص فيها او نحو ذلك وهي في الحقيقة اسباب الاجهاض فلذلك لانطيل الكلام فيها هنا ولما ظنوا ان الجنين يفتح لنفسه عمرا يخرج منه الى الخارج قالوا باختراعهم ان ماء الامنيوس اذا صار حريفاً مهيجاً به الجلد تنبها مؤلماً ويحصل في المثانة والمستقيم الممتلئين احدهما بالبول والثاني بالقي احساس باستفراغ المواد التي فيهما وترتفع درجة حرارة الرحم فيلزم الجنين ان يفتش في الهواء على وسائل الترطيب والتبريد ولا يمكنه ان يعيش بدون تنفس ويضيق عليه الحال بسبب انسداد القنوات الرحمية المشيمية وجزء من المجموع الوعائي للمشيمة نفسها ولا تأتية مواد كافية لنموه فيعمله نقله وكأله على ان يتفصل كثره تنضج فتسقط من جذع شجرة ولا تتم دورة الدم فيه الا بفعل الرئة لكن نقول اذا تذكرت ما اسلفنا لك علمت رد ذلك كله كيف وقد أثبتنا لك ان الجنين ليس هو السبب الفاعل لخروج نفسه لكن من حيث انهم زعموا من جهة اخرى ان الانقباضات الرحمية لا تحصل الا من تأثير اسباب التعب والمشقة والاحتياج من الجنين لزم ان تنظر في ذلك ببعض كلمات

فالاول هذه الاسباب ليست مؤسسة الا على امور فرضية وذلك لانه لا يوجد في الجسم البشري سائل قليل الحرارة غير ماء الامنيوس فاذا اكتسب احيانا صفات مهيبة فذلك كما يكون في التاسع يكون في السادس والسابع والثامن ولا يمكن ان يؤكّد في هذه الاحوال ان انتهاء الحمل تقدم عن وقته يوماً واحداً واما احتياج الجنين لتفريغ عقيه او بوله فيرده انه قد يمكن بعد الولادة مدة ايام بدون استفراغ شيء من ذلك ومن الذي قال انه يوجد خارج الموضع الذي انت فيه هواء رطب تستنشق فينقص حرارة دمك مع ان درجة حرارة تجويف الرحم مثل حرارة بقية الجسم فان ميزان الحرارة وضع في تجويف الرحم وقت الولادة فلم يرتفع زيادة عن ارتفاعه عند وضعه في فم المرأة حيثئذ على انه ثبت بالبحث الجيد ان حرارة الجنين ليست محترقة بل هي انزل بدرجة من عن حرارة الام مادام في الرحم وليس صحيح ان الهيئة الشريحية للمجموع

الوعاء الرحمي الجنيني تختلف وقت الولادة عما تكون قبل ذلك ببعض اسابيع
ولان البذرة تكون اقل قابلية لنفوذ السائلات واقل التصاقا في آخر الحمل
منها في وسطه واوله واما تشبيه انفصال الجنين بانفصال الثمرة الناضجة من
فرعها فهو وان كان تشبيها بدعي من الطبيب بلوئعك الا انه غير واضح
بالطبيعة

وثانيا اذا كان حقا ان الحركات العجائية القوية الشبيهة بالتشنجية من الجنين
قد يظهر عنها المطلق احيانا يكون من اليقين ايضا ان ذلك عارض يلزم ان يعد
من اسباب الاجهاض وان الغالب ان الولادة تحصل بدون ان يحصل شيء
من ذلك والطبيب ريدير الذي رد على من يقول بالشقبة ذكر ان اغلب
معاصره لا يقولون به ما وان الرأس ينزل شيئا فشيئا بواسطة نقله واما ضيق
القناة الشريانية وانقضاء الوريدية وثقب بوتال فمن حيث انه يكون في جميع
الاجنة بدرجة واحدة لم يصح جعله سببا ظاهرة لا يختلف وقتها الا نادرا
مع ان اختلافه غير مناسب للدرجة الضيق

وزعم بعضهم ان سبب ذلك حصول خلوف الرحم بسبب تغير المياه فلم ونة ذلك
العضو يرجع حالا على نفسه لازالة ذلك الخلل لكن نقول ان زاعم ذلك جعل
النتيجة سببا فخلط عليه الحال * وبعضهم جعل السبب المولد هو الحركة
الدورية لازمنة الحيض ونقول في رد ذلك اولا ان عادة الحيض في اكثر
الحوامل لا توجد وثانيا ان الاستشعار بلوازم تلك العادة في من يستشعرن بها
يكون اقوى كلما كانت اقرب لوقت انقطاعه افيكون الواقع عكس ما زعموه
على انه يكفي ان يتذكر ان تاسع دور للحيض قد يحصل في بعض النساء من
ابتداء الشهر الثامن وحيانا التاسع والغالب حصوله في آخر العاشر وان منهم
من تحيض في السنة مرتين او ثلاثا واما اختلاف مدة الحمل فكثير بحيث قد
يشك في وجوده مع كثير من النساء * ومنهم من جعل السبب هو كمال تركيب
الرحم بحيث صار فيه ميل للانقباض بسبب كمال نمو اليائه العضلية لكن
يعارض ذلك بالولادة الكاذبة والولادة قبل اوانها ومنهم من قال في علة ذلك

ان انبساط الرحم مقصور الى حد ما فالليافها التي تعبت من استدامة تمددها لا تنقاد في آخر التاسع ولا تقبل التأثير من الجسم الذي مكث مدة طويلة يمدد فيها وذلك يكون سببا لانتهاؤ الولادة لكن يرد هذا الرأي بان ظاهرة نمو الرحم ليست آتية من غيرها وان الحمل التوهمي او الذي اكتسبت فيه البذرة بسبب ما حجا عظيما لا يكون انتهاؤه اسرع من الاحوال التي يكون الرحم فيها صغيرا جدا

واما رأي لوفريت وبودلوك فهو الذي عليه الآن اكثر الناس وهو مؤسس على انتظام الالياف الرحية وعلى مشاهدة ظواهر الحمل وبظهوره احسن من غيره وحاصله انه اذا عظم تجويف جسم الرحم وحده مدة لا شهر الاربعة او الخمسة الاول ولم ينسج عنق الرحم بعد ذلك الا تدريجا من اعلى الى اسفل مختلطاً مع التجويف الاول فذلك ناشئ من كون الياف الجسم والفقر التي هي موضوعة بالطول واكثر ليونة وانبساطا من غيرها تتمدد وتتقادما من الياف العنق التي هي مستديرة واكثر اندماجا وتضايقا وموضوعة بالعرض فيكون بين تلك الالياف كلهما موازنة او مضاربة تنتهي بالولادة فاللياف الجسم ينبغي ان تعتبر بمنزلة عرى كثيرة تعانق البذرة في تعييرها واطرافها مثبتة في محال مختلفة من دائرة العنق فتتقاد تلك الالياف للتدريج في الابتداء بدون تنصير وبدون ان تؤثر على الالياف الثواني ثم قرب وسط الحمل تجذب باستطالتها الياف العنق فتزيل حلقاتها او توجد هكذا على التعاقب مجذوبة لجسم الرحم حتى لا يبقى في آخر الحمل اثر قنطرة من الاسفل اصلا وانما يكون هنالك فتحة دائرتها تختلف في السمك فتعصل اذ ذاك موازنة بين عنق الرحم وجسمها لكن لما لم يبق المقاوم للالياف العروية الا بعض الياف استدارية قليلة سهل عليها غلبتها فتقطع الموازنة بينها وبين تلك الالياف وتبتدأ الولادة * فعلى مقتضى هذا التوضيح نعرف السبب المتمم للولادة بانه ميل الياف جسم الرحم لان ترجع على نفسها وهذا الميل او الحركية لا يكون نتيجة حقبية محسوسة الا من الوقت الذي لا يقدر العنق فيه على ان يجهر للرحم اتساعا *

واما الحكيم بنيت فوضح بما فيه بعض مخالفة لذلك حيث قال لاشك ان السبب
 الختم لا نقباضات الرحم ليس تهيجاً بل منه الرحم اذا بلغ الحمل نهايته فانا اعتبر
 العنق كمخزن وضعت فيه الطبيعة للعفظ جلة الياف عضلية مدخرة لوقت
 احتياجها لها فتجهزها بنموها لاجل انبساط الرحم مدة سير الحمل ففي
 الانتظام الطبيعى متى ابتدأ الانبساط سار باستواء مع نمو الجنين وانتظام حتى
 ان الجنين اذا صار نامياً كفاية بحيث يحمل تأثير الفاعلات الخارجية
 ويتخلص منها انتقادات جميع الياف العنق فيخلو ذلك المخزن مما فيه فالولادة
 تحصل اذا استعملت جميع الالياف التى كانت مدخرة فى محال مختلفة من
 الرحم ولا سيما فى سمك عنقها ولا تزال الرحم قابلة للانبساط ما بقى من تلك
 الالياف ولا يحصل للرحم تنبه من ذلك لان هذا النمو قليل بسيط لا يقدر على
 احداث هذا التنبه قال المؤلف وهذا التوضيح ارجع من التحويل الذى ذكره
 بودلوك والمضاربة بين الالياف الموجودة فى محال مختلفة من الرحم بديعة
 غير ان ذلك لا يكتفى فى التوضيح فان الظاهر لى ان الرحم اذا ندى بسائل مدة
 الحمل كان غاية ذلك نشر ثنيات اليافه نشر اقوياء وهذا النشر يحصل اولاً
 فى الجسم والقعر لان الجنين يسكن هناك فى الابتداء ثم يحصل بعد ذلك
 فى العنق بمثل تلك الكيفية اى بسبب تراكم اجزاء السائل التى تفرق شيئاً فشيئاً
 الاجزاء المركبة للالياف ففى حصل هذا النشر وتم للرحم اذذاك كمال تركيبه
 العضلى حصل فى ذلك العضو اقباض لاجل دفع الجسم المالى له ويبدأ ذلك
 عندما يحصل فيه تهيج شديد وتطبق على هذا التوضيح الولادة الكاذبة
 والولادة قبل اوانها والولادة المتأخرة واما الحمل الخارج عن الرحم فيحتاج
 لتوضيح آخر فاذا تمت البذرة فى البوق او فى البطن او فى جدران الرحم فمن اين
 تكون الموازنة بين فعل الياف العنق والجسم واين مخزن الادخار واين النشر
 للالياف الذى صير هذا التوضيح يادى الرأى احسن من غيره وبالجمله فكلما
 اريد التعمق فى بحث الاسباب المتمة للولادة زادت الاعتراضات على الاراء
 التى قيلت قال المؤلف ويمكن ان نقول ان اسلمها واحكمها هو قول ابن سينا

وهو ان الله تعالى قدر حصول الولادة في زمن معين وهلا كان نظير ذلك عدم
معرفة السبب المتم لا تقباضات القلب وغير ذلك من الافعال والامور
الواقعية التي اخذناها بالقبول كقضية مسلمة

(القسم الثاني)

(في طلق الولادة)

الولادة يحصل منها جله تطاهرات موضعية وعامة يسمى مجموعها بالطلق
اولا كانت كثيرة وتظم مرتعابة اجتهدوا كثيرا في تقسيمها الى اقسام اى ادوار
وازمان ليسهل ترتيبها في الملاحظة غير ان هذه الاقسام انما هي اصطلاحية
اتفاقية فلذلك توجد متخالفة في جميع المؤلفات واول من قسم الطلق تقسيما
مقبولا للعقل هو الحكيم دائمان لجعله ثلاثة ازمان * الزمن الاول يتبدأ
من ابتداء الاوجاع وينتهى اذا انقضى اثر العنق بالكلية او انقضى القرن * والزمن
الثاني يتقدم من ذلك وينتهى بالاندفاع التام للجنين * والزمن الثالث هو اخراج
المشيمة فينكون من كل زمن دور محدود واما الطبيب بورن فلم يذكّر الا زمنين
حقيقيين وجعل تخليص المشيمة طلقا مخصوصا قال المؤلف ويظهر لي ان هذا
اقبل للعقل وموافقا تقسيم الطلق الى زمنين رئيسين احدهما ينتهى للوقت
الذي يكمل فيه اتساع العنق والثاني يتبدأ من ذلك وينتهى بخروج الولد
قال وانما ازيد على ذلك دورا غير متعلق بذلك وهو الذي سمته القابلة بواقين
بالعلامات المقدمة او السابقة فتكون الادوار ثلاثة وان اردت الاطلاع
على التقاسيم التي وضعها المؤلفون للطلق واختلافاتهم فيها فالى النظر لجهة
على هذه الكلمات

الاول ساحك تروف ٥ ازمة * ١ علامات مقدمة ٢ سيلان المادة الزرجية
ونزول القرن ٣ سيلان الميا من نزول الرأس ٤ خروج الجنين ٥ تخليص المشيمة
الثاني الطبيب برد ٤ ازمة * ١ اتساع الفوهة الباطنة ٢ نزول الرأس
٣ خروجه ٤ تخليص المشيمة

الثالث أوجبان ٥ ازمة * ١ نزول الرأس ٢ المضيق العلوى ٣ وصوله الى

المضيق

المضيق السفلى ٣ توسيعه للعنق ٤ خروجه ٥ تخليص المشيمة
 الرابع رومير ٤ ازمة * ١ علامات مقدمة ٢ اوجاع مجهرة ٣ اوجاع
 صادقة ٤ اوجاع اضطرابية
 الخامس تيه ٤ ازمة * ١ دخول الرأس ٢ خروجه من العنق ٣ وصوله
 للفرج ٤ خروج الجنين والمشيمة
 السادس بودلوك ٤ ازمة * ١ اتساع قليل في العنق ٢ تمام اتساعه
 ٣ انفجار الجيب وخروج المائدة الزرجية ٤ خروج الجنين
 السابع فلامان ٤ ازمة * ١ كون الرأس اعلى عن المضيق ٢ كون الحفرة
 الجدارية في المضيق السفلى ٣ خروج الرأس ٤ تخليص المشيمة
 الثامن ميرمان ٤ ازمة * ١ اتساع العنق قيراطين ٢ نزول القمعدوة
 تحت القوس ٣ اندفاع الجنين ٤ تخليص المشيمة
 التاسع بلونديل ٣ ازمة * ١ اتساع العنق وانفجار القرن ٢ اندفاع
 الجنين ٣ تخليص المشيمة
 العاشر لوفريت ٤ ازمة * ١ ذباب ٢ تنبيه المرأة ٣ تكوين القرن ٤
 خروج الجنين
 الحادي عشر دولوري ٤ ازمة * ١ علامات مقدمة ٢ اوجاع مجهرة
 ٣ اوجاع متممة ٤ اوجاع دافعة
 الثاني عشر ريدرير ٥ ازمة * ١ وجود الرأس في المضيق واتساع الفوهة
 ٢ نزول الرأس في التقعر ٣ نزوله للمضيق السفلى ٤ خروج الجنين ٥
 تخليص المشيمة
 الثالث عشر هملتون ٣ ازمة * ١ الاتساع ٢ الاندفاع ٣
 التخليص
 الرابع عشر كاروس ٥ ادوار * ١ علامات مقدمة ٢ اتساع العنق ٣
 خروج المياه ونزول الرأس في المهبل ٤ خروج الجنين ٥ التخليص
 الخامس عشر مؤلفنا فلبوس ٤ ازمة * ١ علامات مقدمة ٢ اتساع

٣ اندفاع ٤ تخليص

السادس عشر نجيل ٥ ازمة ١ علامات مقدمة الى ان يتبدأ افتتاح العنق
٢ الى ان يكمل اتساعه ٣ انفجار الاغشية ومنه ورأس للتقير ٤ وصول
الرأس للفرج واندفاعه ٥ التخليص

السابع عشر مليوت ٤ ازمة * الزمن الاول سماه الزمن السرى لان النساء
لا تشعر به الا بعسر وهو يشتمل على جملة اعراض تظهر في الايام الاربعة
او الخمسة او الستة المتقدمة على نهاية الحمل والزمن الثاني يتبدأ من ظهور
١ الاوجاع الى سيلان المياه * الزمن الثالث يتبدأ من بعد تمزق الجيب والرابع اذا
قارب الجنين الخروج واما شوسيه وادلون فجعلوا الولادة نفسها اربعة ازمة
والخامس لتخليص المشيمة بدون ان يضع احدا فاصلا بين الاقسام ولنشرع
في ذكر اقسام مؤلفات قول

(الفصل الاول)

(في العلامات المقدمة) (الزمن الاول)

قد تحصل الولادة دفعة بدون ظهور علامات سابقة اى مقدمة وذلك نادر
والغالب ان البنية تظهر قوتها قبل زمن الوضع بيومين او اربعة او ثمانية
او عشرة او خمسة عشر بل وعشرين يوما في بعض النساء فالبطن ينقص
حجمها قصا محسوسا وواقع الرحم ينخفض بل جميع الرحم ايضا ويستشعر
بحركات الجنين اكثر من العادة ويزيد الرشح والدوالي في الاطراف البطنية
او يظهر ذلك اذالم يكن موجودا قبل ويحصل في السفيرين الكبيرين انتفاخ
واسترخاء واحيانا تألم ويحسن الهضم ويزول الغشيان والقيء والشهية
الفاضة اذالم تكن زالت قبل ذلك والتنفس لا يكون قصيرا ولا متعبا وترجع
للمرأة بهجتها الاعيادية وسرورها ويقل نطلبها للنوم ويقوى استعدادها
للحركة والنشاط بحيث تظن ان وقت وضعها ابعدها كانت توهمه قبل ذلك
سيما اذا كان ذلك اول حمل لها ثم تقص بشفة في الحوض والبروشية كثيرة
للبراز والبول وتلين حينئذ المفاصل والاربطة التي في تجويف الحوض

ونسترخي فلذلك تصير حركات المشي والانتقال والوقوف قصيرة متعبة
واحدة انمولدة مع ان المرأة تحس من نفسها بمحسن استعداد لفعالها ثم يزيد
الاقرار المخاطي من العناية التناسلية فتخرج مواد لزجة كثيرة تدفية من المهبل
والفرج ولا يندران يشاهد الرحم في حالة مخصوصة من الانقباض اللينى
الضعيف الحساسة ويعتبر ذلك كما أنه مرور من حالة السكون الى حالة
الانقباض الحقيقي اعني انه اذا لمس عنق الرحم يستشعر فيه زمنا فزمننا بوتر
وانقباض خفيف واذا بحث في جسم الرحم من اعلى العانة يحس بموصول حركة
فيه وان لم يمكن ان يعين بالضبط المحل الذي ابتداء الطلق منه
وهذا هو اجود السير لهذه العلامات وان اختلفت في العدد والسير والشدة
باختلاف النساء بشرط ان لا تتحول علامات لمرض من الامراض فهي
تدل على ان البنية جعلت قواها وضمت وسائطها وفعلت جميع استعداداتها
المناسبة حتى تتم الوظيفة التي اخذت في تجهيزها من زمن طويل واما توضيح
حصول هذه الاشياء وسبب منشأها فسهل طبيعي لانها كلها مرتبطة مباشرة
او بواسطة بتغير وضع الرحم فان هذا العضو بامتداده في تغير الخوض لا بد
وان يضغط بقوة على المستقيم والمثانة والصفائر العصبية والاوعية الدموية
من ذلك يحصل التعنى والزعير والاحتقان اللينقاوى او الدموى في الاطراف
البطنية والفرج واسترخاء الارتفاعات وتكون المادة المخاطية وغير ذلك
وبانقباض هذه الرحم وبعدها عن القسم الشراسينى تجعل كلا من المعدة
والكبد في اطلاق تام ويقل ارتفاع الحجاب الحاجز الى الاعلى فيزيد تمدد الرتين
عن ما كان قبل ذلك وهذا هو سبب اطلاق التنفس والدورة الدموية ووظائف
الهضم ويتبع ذلك ممارسة القوى العقلية والقوى المحركة

(الفصل الثانى)

(فى اتساع العنق) (الزمن الثانى)

وبعد ظهور العلامات المقدمة التى ذكرناها ابتداء الولادة فيحس باللام مغصية

قصيرة المدة خفيفة ممتدة عن بعضها بمسافات طويلة وتندى الاعضاء التناسلية الظاهرة ونظير المواد الزرجة المخاطية ان لم تكن ظهرت مع العلامات السابقة وفي مدة هذه الاوجاع المفضية لتصلب الرحم وتسد تدبير وتهبط بطورها في تعمير الحوض وتضييق جميع اقطارها وبالاختصار تنقبض فتزول شفتا بوز طفسي او ترق رقيقا واضحا وتتورق الفتحة فيفقد سمكها وتكسب شكل دائرة وتضييق ضيقا ظاهرا فاذا دخل فيها الاصبع للجس عرف ان غلاف البذرة يريد ان يجتهد في ان يدخل فيها وانها مكبوسة مدفوعة الى الاسفل وانها فقدت لينها وتوترت وزادت مرونتها وعسر خفضها والغالب ان النساء حينئذ يرتعبن ويحزنن ويأسن من حياتهن ويقلن قدحان موتسا فقول شجاعتهن وجسارتهن وتنقل عليهن التخييلات المسيئة ويلبسن ثياب الحزن والمسكنة ويبكين ويضطربن او يبقين بدون حركة ويستشعرن اخذنا بقشعريرة في جميع الجسم

ثم ان تلك الاوجاع تزيد تدريجيا قوتها وحدثها وتطول ايضا وتتقارب ثم لم يلبث الحال قليلا حتى تختلط المادة المخاطية بخطوط حمراء ودموية ونسييل بكثرة وينفخ قليلا عنق الرحم ويتسع شيئا فشيئا وينفذ منه الجزء السفلي من البذرة مسعى بالقرن او الجيب المائي فيبرز في اعلى المهبل وكما زادت شدة الاوجاع صار النهي العام اشد ولا يكون في المسافات بين الانقباضات هدوء ولا سكون وتبقى المرأة في انزعاج وقلق ولا تستقر في مكان بل تزعل من جميع الناس ولا تفعل شيئا للغاية

وكل وجع يوجد معه شبه دور من الحمى فيسبقه احيانا قشعريرة بل واضطراب وصعوبة في الاسنان ويزيد فواتر النبض وحرارة الجلد ويحصل جفاف في الفم واللسان وتغطي الاسنان والشفتان بقشور وتصير هبابية كفاي حتى الضعف ثم يظهر تغير زائد ويعرض غثيان وفي وسعال وتخمر الرأس والقوى العقلية حتى تصل الى حالة تشبه الهذيان ثم بعد زوال الانقباض ينظم كل شيء ويرزول الاضطراب ويرجع النبض لحالته الاعتيادية ويندى الفم ويرجع للبلد لونه

وسرارة الاعتمادية ويحس اذا ادخل الاصبع في المهبل بصعود الاغشية الى تجويف الرحم واسترخائها وتنبيهها ويزول الجيب المائي بالكلية وحواف العنق التي كانت صلبة رقيقة حادة مدة الوجع تصير بعد ذلك حلا مسترخية مميكة مستديرة ويزول الغثيان غيران البطن وسيا الشراسيف يبقى فيه غالباً حساسية عظيمة وكل وجع يحدث جلة تلك الاعراض السابقة ويعقبه تلطف وخفة تختلف مدتها ويتقاد عنق الرحم شيئاً فشيئاً بعد ان كان فيه مقاومة عظيمة ويتم اتساعه بحيث لا يكون هنالك تضيق بين المهبل وتجويف الرحم والى هنا انتهى الدور الاول من الطلق المركب من الزمنين وهو الاطول والاعب للولادة لا الاخطر الاصعب

(الفصل الثالث)

(في زمن اندفاع الجنين) (الزمن الثالث)

في الزمن الاول تفرغ الرحم وحدها تقرى باجمع مشاق الطلق فهي التي اذا ذلك تمدد العنق وتظهر طرف البذرة على الدخول فيه ولا تخرض حينئذ الانقباضات العضلية او تخرضها قليلاً لئلا يكون لها اضطراب في ذلك الزمن وفي الزمن الثاني تكتسب الانقباضات الرجعية اولا قوة عظيمة وتدوم زمناً طويلاً ويقل تباعدها عن بعضها ومع ذلك يعقبها سكون تام لكن بعد ذلك تظهر الشجاعة ويزول الحزن وبعض النساء اللاتي قل عليهن التعب يستغرقن في نعاس عميق في المسافات الفاصلة للاوجاع مع ان الانقباضات كانت في اعلى درجة من الشدة بحيث لا يبق فيها ينما الا نحو دقيقة او دقيقتين كما شاهد تلك المؤلف ثم يحصل احساس بقل ونه في بسبب الضغط على المستقيم والمثانة فتلزم المرأة بان تقوى اوجاعها وتقبض عضلاتها البطنية قهرانها فتفعل حركات عنيفة شاقة

ثم ان القرن اى الجيب المائي السائب في اعلى المهبل ينكسر في اثناء وجع من الاوجاع الشديدة فيأثر الجنين المدفوع بذلك الانقباض بنفسه وينفعل المهبل

للذي كان فيه ذلك القرن ويسد عمر الباقي من السائل بدخوله في العنق كسدا
 فيكون رأسه اذا كان هو النازل متوجا بذلك العنق والخلو الذي حصل
 في الرحم من ذلك يصير الطلق بطيئا في بعض من الزمن لكن متى زال ذلك الخلو
 وعادت الرحم الى حالها رجعت للاوجاع شديتها وتتابع بسرعة وكل منها
 يظهر بشعريرة عامة والاشد منها يكون غالبا مسبوقا بالاضعف الذي يكون
 كقدمه له واحيا يشاهد على التوالي وجمع شديد ووجع ضعيف وهكذا
 بانتظام بدون ان يعتبر ان احدهما تابع للآخر وكلما ظهر وجع تعلقت المرأة
 بتاجده من الاجسام الصلبة وتستند بعقبها على طراحتها وتتشبث بجانب
 سريرها او بمن يحيط بها لتخذلها نقطة ارتكاز وتميل رأسها الى الخلف
 وتنفس تنفسا عميقا وتقبض بجميع قوتها عضلات البطن والحجاب الحاجز
 ويتبعها بقية عضلات الجسم وينتفخ العنق والوجه ويحتقان بالدم فيحمران
 وتكتسب الوردية حجاما عظيميا ويضرب الشريانات السباتيان بشدة
 وتحقق الغدة الدرقية وتبرق العينان وتحمران وكانهما بارزتان من الحجاب
 وتظهر جميع اعراض الاحتقان المحي وتقوى الدورة الدموية العامة ويرشح
 العرقا حيا ناعلى جلد الرأس والصدر والبطن فقط * واما الطرفان السفليان
 اعني الرجلين فانهما كثيرا ما يبقيان انزل عن حرارتهما الاعيادية لكونهما
 يمتلئان من الدم حينئذ اقل من العادة ثم اذا قرب الانقباض الى تمامه يبدل
 هذا الاضطراب الشديد بشهيق سريع متعب يحصل بعده حالسا يكون
 جميع الوظائف

وبعد زمن قصير كما هو الغالب يأتي وجع جديد يصعبه كرب شديد وتعقبه
 الظاهرات المذكورة فاذا ابتدأ ظهوره يشاهد سيلان كمية قليلة من سائل
 ابيضوسي لان الجنين لم يسد العنق باحكام لكن اذا قهر جزء الجنين الذي نزل
 اولاعلى الدخول في القوامة الرجعية المهبلية فان الانقباض الرحمي يوقف
 حالا هذا السيلان ثم بعد ايقافه يرجع من جديد في آخر كل وجع لان الجنين
 لا يقطع اندفاعه داخل ثانيا في تجويف الرحم فاذا قويت الانقباضات

دخل الرأس حالا في العنق ومزحى يكون في اعلى المهبل الذي يتسع تدريجاً
 ليقبله فينزل في تقعر الحوض ضاعطاشياً فشيئاً على المستقيم وقعر المثانة
 فينقل التنعني ويعرض سيلان البول ويحس باعتقال في الفخذين والساقين
 واذا كان المعاء في اسفل المضيق السفلي انتقدت منه المادة الثغلية الى الخارج
 بسبب الضغط عليها ثم ان المهبل يزيد اتساعه من جميع الجهات بواسطة
 انبساط التنيات التي تشاهد في سطحه الباطن في غير زمن الولادة واختار نجيل
 ان هذه القناة تنقبض حينئذ فتساعد على نزول الجنين لكن قال المؤلف
 اما ان افلم ارقط ادنى انقباض في المهبل زمن الطلق انتهى فيقرب الرأس
 للمضيق السفلي فينقلب العنق ويبرز الشرج الى الخارج كثيراً وقليل لا
 ويطول العجان ويرق ذاهباً بالزاوية السفلى التي للفرج الى الامام فيصير مسطح
 فوهة الفرج قريباً موازاة محور الجسم ويرق الشفران الكبيران المجدوبان
 ويجذبان معهما جلد الفخذين وتزول قبوة العانة وليس يصحح ان يقال
 ان ارتفاع العانة ينسبط بتلك الكيفية ثم يعرض وجع اقوى من جميع
 الاوجاع تصح منه المرأة صياح يأس ويكون مريراً من وجهين مختلفين
 في الشدة وكأن البنية الطبيعية جهت ما بقي عندها من القوة العضلية
 لتقهر بها جميع المقاوومات فالانقباض الاشد الذي يعرض حينئذ يوصل
 الحديتين الحديتين الى محاذاة الحديتين الخبيتين ثم تأتي الدرجة الاخيرة
 من القوة فتلزهما بالخروج غير انهما تضعف عن ذلك وكأن البنية الطبيعية
 التي الى الآن قهرت معظم الموانع ابادت نفسها في آخر وثبة فعلتها فيستيقظ
 العجان ويحصل منه رد فعل قوى فينشأ من الجسم آخر اجتهد في احداث
 وجع جديد يساعد الوجع السابق قبل ان ينقطع فعله فيبرز الرأس من الفرج
 فاذا لم يتبع جسم الجنين رأسه حالا كما هو الغالب حصل سكون مدة بعض
 ثواني او دقائق ثم يأتي انقباض قصير قليل الشدة فيطرد الباقي من الجسم
 ومن السائل الامنيوسى فبذلك تنتهي الولادة ويتبدل الصياح والاضطراب
 والحركات العنيفة من المرأة بسكون تام لذئذ لنفس مصحوب بسرور كونها

صارن اما وقوى رجاؤها اذا سمعت صياح ولدها وفرت بمشاهدته فيكون
هذا هو نهاية ما تقاسيه من المولادة * وجميع الظاهرات التي ذكرناها
لا يلزم وجودها في جميع النساء ولا في كل ولادة للمأة وانما يوجد معظمها
خصوصا في الشابات الاقرباء في اول ولادة لهن

(الفصل الرابع)

(في مدة الطلق)

قال السواح مدة الطلق تكون اقل طولا في القبائل المتوحشة منها في البلاد
التمدنية وكذلك في السودان والهنديين الامير يمين منها في اهل الاسبان والاوربا
وفي البلاد الحارة منها في البلاد الباردة فهي في ايطاليا واسبانيا والبرة مال
اقل طولا منها في فرنسا وبلاد الموسقوب والتميسا وكذلك في النساء اللواتي
افنين حياتهن في الكسل والبطالة منها في اللواتي يعشن في القرى وينهمن
على الاشغال الشاقة اللازمة لمعيشتهن والغالب ان المدة تكون من اربع
ساعات الى ثمان او عشر في هولندة وانه كاتيرة وفرنسا وتقر من ذلك في بلاد
السويد والتميسا وغلط هالير فجعل المدة من ساعة ونصف الى ساعتين فالحد
المتوسط للمدة يقرب من ست ساعات لكن الظاهر لنا انه لا تأثير للتمدن
والاجتماع ولا لتدبير الغذاء ولا للبلاد ونحو ذلك في طول المدة او قصرها فقد
يوجد في المدن الكبيرة كباريس مثلا من لا تنتهي ولادتها الا في اليوم الثالث
او الرابع او الخامس او السادس من الطلق بدون حصول عوارض وبدون
تخالف في رتب الناس وقد يشاهد عكس ذلك فقد تلد المرأة اله انسه في البطالة
والكسل بسرعة غريبة مثل من هي في اعظم تعب شاق

(الفصل الخامس)

(في الظاهرات الخاصة بالطلق)

الظاهرات الاكثر زوما لاطلاق اربعة الاقباض الرحمي المسمى بالوجع واتساع
العنق وتكون القرن اى الجيب المائي وسيلان المادة الزرحة

(المبحث الاول)

(في وجع الولادة)

الوجع في علم الولادة مرادف للانقباض الرحمي لكن اذا امكن النظر ظهر
التفريقان احدهما وان كان مرتبطا بالآخر ويكون على حسبه في المنشأ
والسير والشدة والنقص الا ان بينهما فرقا فان الولادة لا تحصل بدون انقباض
مع انها كثيرا ما تحصل بدون وجع كما شوهد ذلك * وهذا وقد ذكروا ان في معظم
النساء توجد الانقباضات قبل الوجع بزمن طويل مع انه لا يحكم بها ولا بشدها
الا بحسب الوجع فهو علامة لها وان الاوجاع تظهر على اشكال كثيرة
تختلف في الشدة بدون ان تختلف قوة الانقباضات في المرأة العصبية القابلة
للتنجيد يحصل احيانا من الانقباض الخفيف آلام شديدة بخلاف المرأة اللينة فاوية
التي فيها قابلية التنجيد قليلة التم فانه يقل تألمها مع كون الرحم تنقبض
فيها بسرعة

وربما حدث من الحياء والخوف والجلب في بعض النساء صياخ شديد عند
حصول ادنى انقباض في الرحم ومن الجسارة والثبات في بعضهم تحمل
لاعظم انقباض بدون شكاية وقد يمنعهن عن اظهار تألمهن حضور
من يستعين منه مع انهن في شدة التألم

وفي الابتداء تكون الاوجاع ضعيفة سطحية ولذلك سموها ذبابية تشبه الها
بالاحساس الخفيف الذي ينتج من لدغ الذباب او الذي يحصل من مرور
الذباب على الجلد وسموها ايضا بالاوجاع الاولى والاوجاع الصغيرة فتظهر
بطشعيرة في جسم الرحم وتتولد في القسم السرى وتغنى فيه او تعد للتعلة
والخاصرتين

فاذا توقف الطلق بعد ذلك سميت الاوجاع الطويلة الشديدة القرية لبعضها
محضرة على حسب ما طال بروت حيث سمي ايضا اوجاع الزمن الثاني دافعة
او ممتمة وذلك لان هذا الاوجاع المحضرة تحضر اندفاع الجنين وتوسع العنق
فهى تذهب من حوالى السرة نحو الزاوية العجزية القرية او من مركز المضيق

وفي مدتها تكون المرأة عديمة الصبر قلقة حزينة زعولة تصبح صياحا مبهولا
ولعل ذلك ناشئ من كون الرحم تؤثر وحدها وتترك للمرأة اطلاق الممارسة
بحساسيتها العامة

ثم في آخر الزمن الاول وخصوصا في الثاني تتغير صفات الاوجاع تغيرا محسوسا
وتسمى حينئذ بالاوجاع الدافعة كأن الطبيعة صيرت جميع الاعضاء خادمة
لدفع الجنسين وتسمى ايضا بالاوجاع العظيمة وهي اقوى واطول واتم
من الاوجاع الاول وصفتها انها منضلة عن بعضها بمسافات اقطع واسكن
فيقولد عن سايلا ن البول والتعنى او حس النقل الذي يحرم من فعل العضلات
البطنية فتلتزم المرأة بان تفعل حركات شاقة لتعاون الرحم وتلك الاوجاع
مع شدتها لا ترجع الحساسية الابحفة وتقبلها مع الثبات والصبر واما الصياح
فلا يشبه صياح الزمن الاول والفرق بينهما واضح بحيث ان القوايل تعلم بمجرد
سماع الصياح ان المرأة في الزمن الاول او الثاني فصياح الزمن الاول حاد
ولا يختلف في الحس عن ما تحدثه الانواع الاخر من الاوجاع وصياح الزمن
الثاني بالعكس فيكون مكتوما مخفيا مشابها لما يحصل من شخص حامل
لثقل والصياح الاول خالص ويحصل مدة رد النفس والثاني يحصل
مع انسداد المزمار ولا يسمع الامدة اخذ النفس والاو صياح تألم والثاني
صياح عمل شاق

فاذا قرب الوضع اشتدت الاوجاع جدا في بعض الاحيان والغالب ان يعجبها
اضطرابات تشنجية يظهر في مدتها كأن عظام الحوض انحلت مفاصلاها
او انكسرت وجميع اعضاء التناسل تكون مهددة بتمزق قريب وتسمى هذه
الاوجاع حينئذ دافعة وهي وان كانت تسمية مبهمه غير مناسبة الا انها توضح
الحالة الحاصلة وليس لها صفة مخصوصة الزيادة شدتها ولا تختلف عن
الاوجاع الواخزة الحقيقية ثم ان اتجاه الاوجاع ليس متحدا في جميع ازمته
لطلق والغالب انه ينبع المحور الكبير للرحم او القطر القمعدوى العصصى
للطفل وبموجب ذلك ينتهي في محل يكون اقرب لمركز الفرج كلما قرب الجنين

لدخوله في المضيق السفلي فيجتمع ذلك ان الانحراف المقدم للرحم يكون
من الاسباب الواضحة لهذه الاوجاع النقيصة المسماة باوجاع الكلى التي
سفتكلم عليها

الاسباب والمجلس للأوجاع * وجمع الولادة يحدث من الانقباضات الرجعية
قال استين المرأة تلد بلا وجع اذا لم يحصل من الطرف السفلي للرحم والاعضاء
المجاورة له مقاومة شديدة لمرور الجنين فاذا حصلت تلك المقاومة حدثت
الأوجاع من مضاداتها ولو فريت جعل السبب مقاومة البذرة ومنهم من قال
كون مجلس الوجع في عنق الرحم اكثر من كونه في جسمها وذلك لان هذا العنق
يقبل اعصابه من الضفيرة العجزية المنسوبة للجموع العصبية التي بخلاف
جسم الرحم فانه يأخذ اعصابه من الضفيرة الخيلية المنسوبة للجموع العقدية
الذي ليس من صفاته الاتصال بالمنج * فاذا كان حقان العنق تمتع بحساسية
قوية وقبل جزءا من الاعصاب اعظم من باقي العضوان جميع الاعمال الشاقة
للرحم تصل له ~~يكون~~ من المحقق ايضا ان الاوجاع مدة الانقباضات القوية
والضعيفة يحس بها ايضا في جميع سعة الرحم فان كان ضغط الجنين والحذب
الحاصل على العنق هما السبب الوحيد للوجع لزم ان المرأة لاتألم عندما يحصل
الانساع مع اتها حينئذ تتألم باشد ما يكون وهل وقت التخليص يجعل مجلس
الام في العنق

ومنهم من جعل الوجع حاصل من ضغط الاعضاء الهوائية في الحوض كاضغاط
العصبية مثلا وقالوا ان انقباضات الرحم ليست في نفسها موقلة اكثر
من انقباضات المعدة والمثانة لكن تقول اذا انضغطت الاعصاب القطنية
او العجزية انضغاطا عارضا يحس بالام في الاطراف السفلى لاني تعبر الحوض
وايضا فان الاوجاع في الابتداء كافي الاخر ايضا تدعى من اعلى الى اسفل
وتشغل جميع الخلة لا الحوض الصغير فقط وما دام الرأس باقيا اعلى المضيق
العلوي وكان محجبي الجنين بالعرض او بالقدمين لم يصح ان تنسب الاوجاع لهذا
الضغط وبالجمله فالسبب الذاتي لهذا الوجع غير معروف بالكلية وهي - مثلا

فسيولوجية تستدعي بحثا جديدا وانما غاية ما ثبت من المشاهدة ان جميع اجزاء
الرحم قد تكون مجلسا للوجع مدة الطلق مجتمعة كانت او منفصلة وان الخذب
الحاصل في العنق قديعين في بعض الاحوال علي حصول ذلك الوجع وان
ضغط الاجزاء المجاورة قد يسببه ايضا

واما سبب تقطع الوجع ففيه نزاع غويل قالوا اذا ابتدأ الوجع ولم يتقطع
بان لم يوجد منه الا وجع واحد فقط فان المرأة لا تطيقه بل تموت ولا بد فلما كان
متقطعاً سهل تحمله قيل وسبب التقطع هو المقاومة التي يعارض بها الطفل
التقباضات الرحمية نظير ما قاله لوفريت في سبب الاوجاع نفسها وقيل ان الرحم
اذا انقبض بقوة فالاعصاب المضغوطة بين طبقاتها او على وجهها بالطن
بالوجه الظاهر للبذرة لم تلبث قليلا حتى تنتج خدرا يوقف بالضرورة جميع
الانقباض لكن يلزم ان تكون الاوجاع طويلة وقريبة لبعضها جدا لابرهية
ولا متباعدة عن بعضها في ابتداء الطلق حيث تكون الانقباضات ضعيفة
جدا او اما في نهاية الطلق فيلزم ان تكون قصيرة متباعدة عن بعضها لتكون
الضغط خائفا وشديدا وعلى هذا الرأي لا توضح توضيحا كافيا الاوجاع التي
تصاحب تخليص المشيمة والتي تعرض بعد الولادة وتبقى حافظة ايضا لوصف
التقطع وقيل ان التقطع ناشئ من انفصال المشيمة اعني ان غاية كل انقباض
رحمى هي فصل جزء صغير من المشيمة فاذا حصل هذا الفصل انقطع الوجع
كالا انقباض ايضا لحظة لكن يضعف هذا الرأي ان المشيمة قد تخرج احيانا
قبل الجنين وتبقى الاوجاع على قطعها الى آخر زمن الطلق وحيث ان تبقى المشيمة
حافظة لالتصاقات حتى بعد الولادة ومع ذلك لم يتغير سير تقطع الآلام واذا
قلنا كما قال مليون ان سبب ذلك هو انقطاع انقباض الالياف العضلية وقعا
في الدور المعرب وكأنا حولنا المسألة لوجه آخر لا اتنا اجنبنا عنها
وقال الطبيب دويس ان في مدة الانقباض يندفع الدم في الدورة العامة
فيذبّل الرحم وينقطع الوجع ثم يأتي لها فيضان جديد فيظهر الانقباض
انتهى ورد هذا يعلم مما ذكرناه قريبا فليس بمقبول وبالجملة لا نعرف جيدا سبب

تقطع الاوجاع اولا انقباضات الرحمية كما لا نعرف ايضا سبب تقطع
 الانقباضات القلبية والمعوية وجميع العضلات عموما وكذلك جميع التقطعات
 العضوية والوظيفية وحيث لم يمكن ان يحصر جسم من اليد بقوة من غير ان
 يضطر جالا لتلاشي فلابد ان يكون انقباض الرحم معقوبا بالتلاشي
 مع ان طبيعته الظاهرة في كلال الحالين واحدة ويلزم ان يكون السبب واحدا
 وكيف يجتهد في البحث والتفتيش عن احدهما مع التوافق على ترك الآخر
 وبالاختصار فهذه مشكلة فسيولوجية اظن انها تبقى زمنا طويلا
 بدون جواب

(المبحث الثاني)
 (في اتساع العنق)

الوجع هو الظاهرة الاولى التي تدل على طلق الوضع لكن ليس هو الا لازم الادوم
 ذ كثيرا ما حصلت الولادة بدون وجع كما ذكرنا * واما اتساع العنق فلا تحصل
 الولادة بدونه فهو من حيث انه مطيع لقوة الانقباضات الرحمية يلزم ان يعرف
 سير مجيد في البداية يكون بطيئا قليل الادراك وفي الانتهاء يحصل بسرعة
 عظيمة وعموما يلزم له زمن طويل حتى يتباغ اقطاره اقل من الزبال القرائسا
 بقايل ثم يصل الى زمن التنكّل وهو ان يكون عرضه من قيراطين الى ثلاثة
 والقوهة التي تكون في الغالب رقيقة حادة تظهر اذ الملت في الابتداء
 على هيئة حلقة متوترة في اول ولادة للمرأة بخلافها في النصف الثاني من
 الزمن الاول فانها تسمك وتنتهي احيانا بان تكون على هيئة حوية مستديرة
 الحوافي كأنها فارة امام الجنين فاذا مر الرأس من المضيق لودخل فيه ذهبت
 تلك الحوية بالكلية ويشاهد في النساء اللاتي ولدن كثيرا عكس ذلك فحوافى
 العنق التي تكون اولا لينة مسترخية جدا تبقى احيانا حافظة لسمك بعض
 خطوط مع ان الاتساع تقدم تقدما مناسباً ولا ترق تدريجيا الا فيما بعد حينما
 يبدأ تكون القرن ولكن هذا الترقيق في هاتين الحالتين قد لا يكون على هذا
 الانتظام المذكور في جميع الآثرة قد شاهد المؤلف كثيرا رقة النصف الخلفي

من تلك الدائرة بحيث كان كورقة الكتابة مع ان نصفها المقدم تكون منه
بين الرأس والعانة حوية سميكة في غلط ثلاثة خطوط او اربعة فينبغي التنبيه
لتلك الحالة اذا اريد تعيين مدة الطلق فقد يتفق ان يمس شخص النصف المقدم
للعنق بدون ان تذهب اصبعه الى الخلف فيحكم بان الولادة انما تحصل بعد زمن
طويل وان يمس آخر النصف الخلفي فقط ويحكم بحصول الولادة في الوقت
ولا يخفى ما في ذلك من الالتباس

وشكل العنق مدة التمدد يختلف باختلاف سلك الحواشي فيكون مستديرا
استدارة تامة اذا كان محاذيا للمركز الحوض والغالب ان يكون بيضاويا بحيث
ان جزؤه الاعرض يكون ملتقفا الى الخلف ويكون الى اليمين او الشمال
على حسب كون قعر الرحم مائلا الى جهة كذا او كذا واحيانا يكون ايلبسيا
اي على شكل قطع ناقص سيما اذا جاء الجنين بالعرض وقد يكون غير مستوي
وذلك ينشأ من كون اجزاء القنطرة ليست مستوية في القوام ولا في قابلية
الاتساع

ثم ان القائلين بان الجنين هو السبب المتم للولادة يلزمهم ان يقولوا بانه
هو السبب المنتج لتمدد العنق وهذا هو رأي العامة بل وبعض المؤلفين لكن
منذ عرف ان العنق يتسع في اندفاع الجنين الميت كلا او بعضا كما يتسع
في قذف الجنين الحي ترك هذا الرأي نعم هذا لا يستدعي ان الجنين لا فعل له
اصلا في هذه الظاهرة وانما يستدعي انه ليس هو السبب الفعال الاصل لذلك
وانما هو معين لسبب آخر وقوة اخرى

فالعنق مكون من الياض لحمية تقصر وتميل بان تقرب للخط المستقيم اذا انقبضت
والرحم مكونة من الياض مقوسة اكثرها واقواها يشغل قعرها وجسمها
والعنق هو الجزء الاضعف منها والجنين جسم يقل قبوله للانضغاط فيلزم
ان يتدأ اتساع العنق مع انقباضات الرحم فالالياض القائمة والمنحرفة تجذب
بطرفيها التي هي النقط المتحركة منها الالياض الاقوية التي ترتبط عليها
او تتصلاب معها فحو وسطها حيث يوجد هناك الجزء الثابت الحقيقي

والالياف المستعرضة بضيقها على الجنين الذي هو جسم يضاوى منتظم
تعمل بالضرورة لان تراكبه نحو طرفه او قاعدته لكن من حيث ان عددها على
المنطقة المستعرضة المتوسطة اقل من عددها اسفلها ينتج من ذلك ان الالياف
المستديرة التي في النصف السفلي من الرحم تقاوم وحدها في الانقباض العام
الافعال القوية التي تصدر من جميع الالياف المستطيلة والالياف المستديرة
التي في نصفها العلوي

ونقول من وجه آخر ان البذرة الذي لا يمكن ان تدفع من تقعر الالياف
الرحمية الا نحو الهل الاضعف مقاومة من العضو تدخل في الفوهة التي تنفتح
نصف انفتاح فتصير سببا قويا لتمدد العنق وان كان ذلك سببا تابعيا وتورثي تلك
الحالة كما تأثيرها بورقة تكون قوة مساعدة للقوة الحيوية اى العضوية
وان كانت في ذاتها عديمة الفعل فاذا ن يصح ان تختار ان البذرة تنخفض والعنق
يرتفع ولولم يكن الحال كذلك لانزلق هذان الجزء آن المنقضان لقوة واحدة
وهي انقباض الرحم احدهما على الآخر ولزم ان الثاني وهو العنق يتسع بمقدار
القوة التي ينزل بها الاول

وفي ابداء الطلق اذا انفتح العنق نصف انفتاح يعرف باللمس انه لا يتسع مدة
الوجع وانما يضيق لكن بحيث انه بعد ذلك لا يبقى اوسع مما كان وبشاهد
عكس ذلك عندما يتدأ ~~تكون~~ القرن فالعنق يتسع اتساعا عظيما وقت
الانقباض ويضيق كثيرا او قليلا عندما يزول ذلك الانقباض

ومعرفة سبب تلك الخصوصية سهلة وذلك لان الياف العنق في الابتداء تقاوم
بقوة شديدة فعل الياف جسم الرحم وقعره فن حيث ان الرحم يتقبض جميع
اجزائه في آن واحد لان احد مسطحاتها يتقبض دون الآخر كما ظن ذلك
بعضهم او بعد الآخر على التعاقب كما ظن آخرون فالقوة بدل ان تتسع او لا
لتدخل فيها الاغشية تضيق كأنها تسد عمرها اما في الد والذى يأتي بعد ذلك
عندما تكون الفتحة كافية بحيث يمكن ان يسكن فيها طرف البذرة فان القرن
المانى ينضم مع انقباض الرحم فيقهران العنق على الانساع

ثم بعد سيلان المياة يدخل رأس الجنين في محل القرن الامنيوسى فيؤثر على
العنق بمثل ما ذكر لكن معظم الممارسين يظنون ان الرأس اقل اعانة على الاتساع
من طرف القرن لكونه ليس منتظما مثله ولا يتكون منه ورم متوتر مثل
ما يتكون منه ونقول سياتى لنا فى البحث عن انفجار البذرة قبل او اناه ان هذا
محتاج لمشاهدات جديدة * ثم من ذلك الوقت تتحول الدائرة الرحمية الى حوية
يختلف سمكها فى النساء اللاتي هن فى اول ولادة لهن وان الاتساع يظهر كانه
نقص بحيث يظن منه ان الطلق تقهقر لانه تقدم

(المبحث الثالث)

(فى سيلان المادة الزرجة)

يسمى بذلك او بالمادة المخاطية ندف صفرا فاقعة ابيضاء مخضرة تخرج
من اعضاء التناسل مدة الولادة وهى تختلف عن المخاطية الانفية بكونها
اقل لزوجة ويتكون منها صرر مكبية اقل التصاقا واكثر زلاية وتخرج كتلا
او ندفاسيا وقت الانقباضات وتظهر احيانا قبل ابتداء الطلق ببعض ايام
فتكون احدى العلامات القوية المقدمة للطلق وآكد هاوريند مقدارها
كلما تقدم اتساع العنق وينتهى حالها بان تتخضب بدم فى اغلب النساء وكيتهما
تختلف كثيرا فارة لا يشاهد منها الا بعض كتل قليلة ونارة تخرج كمية كبيرة
فى كل وجع فاذا كانت قليلة او معدومة بالكلى يقال ان الولادة جافة وكثرتها
تعمل على ظن ان الولادة تحصل بسرعة اذا كانت مخلوطة بخيوط حمري
الحاضر ون ان ذلك علامة جيدة وان الولادة لم تلبث قليلا حتى تنتهى وهذا
فى الغالب لا يخلو عن يقين وان تخلف احيانا فقد لا ترى الخيوط الحمراء
وقد ترى فى الاوجاع الاول

وظن بعضهم ان هذه المادة القريبة للسيولة تخرج من الاغشية بالرشح ونسبك
عند خروجها من البذرة بسبب زيادة حرارة اعضاء التناسل مع ان النسبة
فى الطبيعة والمنظر بين السائل الامنيوسى والمادة المخاطية قليلة جدا ورأى
آخرون ان السائل الذى على السطح الظاهر للبذرة لم تجدد الاوعية زائدة

الدقة فتدخل منها الباطن الاميوس ويفسد تركيبها وكأنها تنحل فاجزأؤها
 الدقيقة تنفذ من الاغشية فتكون منها المياه واما اجزأؤها الغليظة فانها
 تبقى في الخارج وتتراكم في الاوعية الاقرب للسطح الباطن للرحم فتتكدف
 عند الانقباضات فتكون هي هذه المادة لكن نقول يبطل هذا الرأي مجرد
 ذكره فقط وانما الذي يجبهز هذه المادة هو الغشاء المخاطي كيف يقش عليها
 في غيره مع اتنازى المهبل في جميع ازمة الحياة مدهونا بها وكثير من النساء
 يخرج منهن ندف كبيرة قرب حيضهن وليس بنادر ان تشاهد الرحم
 في الموالى متين غير حاملات مملوءة بتلك المادة ويشاهد في السيلان الابيض
 الزهري وفي غير ذلك من بعض الاحوال المرضية مادة مشابهة في الصفات
 لتلك المادة نسيل بكثرة مثل سيلانها زمن الولادة والدم المختلط بها لا يأتي
 من تمزق الاوعية الرحية الشجيمة كما قيل لان تلك الاوعية لا وجود لها
 كما سبق ولا من تمزقات صغيرة في العنق اقله في الغالب لانها قد تشاهد مدعة
 قبل ان العنق يحصل فيه انجذاب وتلونها بالدم يكون على هيئة تلون الخضامة
 في تخرج الصدر وتلون المخاطية الازرقية في تخرج الغشاء الضامى وهذا الدم
 سواء قلنا انه آت من رشح في باطن الرحم او من بعض سلوخ في العنق قد يكون
 مقصورا على تحميم المادة المخاطية كما هو الغالب وقد يسيل بكمية كثيرة
 بحيث يصير زيا حقيقيا ومنفعة هذه المادة هي تدية الاعضاء التي يمر
 منها الجنين فتزيد في رخاوتها وسهولة تمددها وتعين على انزلاق الجنين
 فاذا اعدمت كان اتساع العنق اكثر ايلاما وبطيئا وتكون الاعضاء مهينة
 للالتهاب وكثرة تلك المادة تعلمن عموما بارتخاء زائد في المنسوجات وضعف
 واستعداد فيها للخمود اى عدم الفعل فهى من الظواهر الكثيرة الاهتمام
 في العمل فيلزم دراسة سيرها واحوالها المخصوصة

(المبحث الرابع)
 (في القرن اى الجيب المائى)

يلحى بذلك البروز الذي يتكون من الاغشية في اعلى المهبل مدة الطلق

وهو على هيئة قطعة من دائرة او من شكل يضاوى ومع ذلك فشكله يختلف
والغالب ان يكون على هيئة الفتحة التى يخرج منها فيكون مستديرا كريا
منتظما اذا كان العنق محاذيا لمركز الحوض واتسع اتساعا مستويا فى اجزائه
وقد يكون فى العادة على هيئة قطع ناقص اذا جاء الطفل بالعرض ويكون
اعرض من الخلف على اليسار واليمين فى الاحوال التى تزوغ فيها الرحم زوجانا
زاندا الى الجهة المقابلة لذلك وقد يكون على هيئة مخروط مستطيل او جزء
من معا او على شكل منبأر حتى فى الاحوال التى يأتى فيها الجنين بالرأس لكن
الاكثر ان يكون ذلك اذا جاء برجليه او كان العنق متديسا مع كون
الاغشية منبسطة جدا وقد شوهد فيه اتفاح اقل الفوهة حتى صار
شكله كثيرا

وفى وقت الوجع يكون القرن صلبا متوترا مرنا وبعد الانقباض يتثنى ويضيق
او يزول بالكلى ولما كان مكونا من السلى والامنيوس كان ناشئا على رأى
البعض من استطالة هذه الاغشية وتمدها لكن رد ذلك بيت بان اغشية
الجنين يقل قبولها للانبساط وزعم آخرون ولا سيما بيت المذكور بان سبب
انبساطها هو ان كل انقباض يفرز كمية قليلة من الماء الى الخارج فيحصل
فى الامنيوس على التدريج خلوقا للبذرة المضغوطة من جميع الجهات بقوة
تذهب شيئا فشيئا من العنق الى اعلى المهبل لكن تقول اذا كان هذا الافراز
والرشح موجودا لزم ان يعطى سطح القرن بنقط او يشبه ندى فيصير رطبا مده
الاجماع مع انه يكون اجف وانشف فى زمن الانقباضات الشديدة على
انه شوهد ان السائل الامنيوسى غير مشابه لتركيب المادة المذكورة ونحن
تقول ان هذا القرن ناشئ كاتساع العنق من الانقباضات الرحية فكيفية
حصوله سهلة المعرفة وذلك ان الياف الرحم اذا اثرت على ظاهرا البذرة قهرتها
على النزول مدة كون العنق من جانب آخر باتساعه يلتمزم بان يقرب لقعر
الرحم فتبرز من البذرة قطعة دائرة مكونة من الاغشية وشكل تلك القطعة
يضاوى وتكون مدهونة بالمادة اللزجة فلذلك تقهر الفوهة على ان تنفتح بعض

انفتاح فانكارا بساط اغشية الجنين خطأ وإنما الثابت العكس وانها تقدر على ان تنبسط في اعلى درجة وان اكتساب القرن احيانا هيئة مخروطية او تشكلا بشكل كثرى ناشئ من تلك الاستطالة والتجدد نهاية ما يكون ان هذه الخاصة تكون في الغالب قليلة الوضوح * واذا كان حقا ان القرن الامنيوسي يكون دائما وترقوسه اقل طولاً من وترقية البذرة فليكن من المحقق ايضا ان هذه الخاصة التي يظهر كونها ثبتت ابقاء الاغشية لذلك هنا نفساً من سبب آخر والذين قصوا الرحم من النساء الحوامل مع غاية الاقبال تأكدوا ان ثقل البذرة هو الذي قهرها على ان تنبسط انبساطا واضحا عندما كانت غير ممسوكة بالاعضاء المحيطة بها فمن الواضح انه يصح بواسطة هذا الارتقاء ان يدخل جزء من الاغشية صغير الحجم في العنق بدون ان يحصل فيه استطالة حقيقية

وبعد اتساع العنق كلا اوجه لا يتقادم القرن الذي صار زائدا الاتساع وضعيف الاستسالة في اعلى المهبل لاندفاع السائل فينفجر ويسيل سائله الذي فيه فيأتي رأس الجنين المدفوع بتلك الحركة ويسد عمر الباقي من السائل الامنيوسي غير ان هذا الانقباض في الغالب لا يكون في جميع النساء من محل واحد ولا في درجة واحدة من الاتساع ولا في زمن واحد من ازمة الطلق لان الاغشية قد تكون كثيفة وسميكة وكثيرة المقاومة وقد تكون رقيقة سهلة التمزق وكذلك العنق نفسه قد يكون كثير المتانة متين عسر الاتساع وقد يكون في غاية الارتقاء والحالة الغالبة المنتظمة هي انقباض القرن في اواخر الزمن الاول وفي ابتداء الثاني وقد ينفتح العنق في ابتداء الطلق او في انتهائه وقد تتمزق الاغشية قبل ظهور الاول بيوم او اكثر وقد لا تتمزق اصلا وتخرج البذرة كلها باغشيتها من مضيقي الحوض * والغالب حصول الانقباض في مركز القرن وفي تلك الحالة يستفرغ القرن في لحظة واحدة واذا حصل الانقباض اقرب فوهة العنق او اعلاها لم يتمم القرن كله او اقل ما يكون انه يظهر في كل وجع ولا يسيل من السائل الامقداريه فاذا لم ينفجر الا بعد ان قرب للفرج

ولم يحصل التزق في مركزه جذب اراس معه قطعة من دائرة الاغشية وخرج الجنين محاطا بنحو قطنسوة وكانوا سابقا يعتبرون سعادة الجنين اوشقاوته من حالة هذه القطنسوة المجذوبة معه فيقولون اذا ازرد الجنين قطنسوته بعد ان سقطت سخقا ناعما وحملت معه على الدوام كما تحمل التيممة صار ذلك الجنين غنيا سعيدا ويتبعه السعدانما كان فاذا ضاعت منه صار مسكينا فقيرا وربما صار مصروعا ويكون دائما مكدرا بتخيلات وافكار مهولة ولذلك تأخذ القوابل هذا الجزء الغشائي ويجعلونه لهم ليفزعوا اثار الجنين فيبيعهونه لهم باعلى ما يكون من الثمن فاذا امتدت هذه القطنسوة الى فم الجنين وانقه جازان تمنع التنفس وربما مات الجنين كما ظن ذلك بعضهم لكن نقول لهم ان ذلك لا يحصل الا اذا فقدت المرأة قواها العقلية ولم يحضرها احد

(الباب الثاني)
(في الأنواع المخصوصة بالولادة)

(القسم الاول)
(في الولادة السهلة اي البسيطة)

تسمى هذه الولادة ايضا بالطبيعية وبالاختبارية الى التي تحصل من ذاتها من غير استعانة بشياعربية ويلزم لحصولها شروط منها ما هو من جانب المرأة ومنها ما هو من جانب الجنين

اما التي من جانب المرأة فهي ان يكون الحوض غير معيب وغير ردئ التكون وان لا تكون الرحم مصابة بأفة ثقيلة كاسفة فيروس او اثره قديمة وان تكون ممتعة بقوة فاعلية وان تكون القوى العامة في الجسم متوفرة لم تضعف مثلاً بنزيف كثير ولا بداء طويل المدة وان لا يوجد في الجسم ما يصير الاعمال الشاقة التي تلتزم المرأة ان تفعلها خطرة وان لا يعرض عارض مدة سير الطلق

واما التي من جانب الخنثى فهي ان يتقدم احد طرفي المحور الخفي العصبي للمضيئين اى ان ينزل الخنثى بالرأس او الرجلين او الركتين او المقعدة وان لا يكون معهما سقسقا مخي او بطي او تحذب في الظهر وان لا يكون زائد

الجم بحيث لا يناسب سعة الحوض وان لا يكسرون ذارأسين وجذع واحد
او اذ جذعين ورأس واحد وان لا يكونا جنينين ملتصقين باى كيفية كانت
وعدد الولادة البسيطة بالنسبة لغيرها كثير جدا وقد اختلف المؤلفون
فى نسبة ذلك فذكر ميرمان ان فى ١٨٠٠ ولادة انتهت الولادة بنفسها
فى ١٧٤٦ وعد فى بيت الولادة ياريس ٢٠٣٥٧ ولادة فكانت الطبيعية
فيها ٢٠١٨٣ وشاهد بلند ١٨٩٧ فكانت الولادة الطبيعية منها ١٨٦٠
وذكروا ان الولادة العسرة فى بيت الولادة ياريس نسبتها لغيرها كنسبة واحد
لاثنين وستين ووجدت النسبة مختلفة فى مارستانات اخرى غريبة اختلافا
كثيرا كنسبة واحد الى اثنين واربعين او اقل او اكثر وكذا يوجد اختلاف كثير
بين ماشوه فى المارستانات وما هو خارج عنها وكذا بين المشاهدات الخارجية
بعضها مع بعض فقد يتفق فى المدن الكبيرة كما فى الارياف ايضا ان تكون نسبة
العسرة للسهلة كنسبة واحد لستة على يد بعض الناس وكنسبة واحد لعشرة
او عشرين او ثلاثين او ستين او ثمانين او مائة على يد آخرين واما بالنظر لحوال
النساء فى البطالة والراحة والاشتغال والغنا والفقر والمدن والقرى فلا فرق
بل ربما كانت عيوب الحوض وامراض التناسل لا تشاهد بالاكثر الا فى بيوت
الاغنياء السعداء وقد تختلف النسب ايضا باختلاف احوال اطباء
المتعاطين للصناعة فقد يتفق لطيبين متساويين فى المهارة والاحتراس ان
احدهما يباشر مئات كثيرة من الولادة بدون ان يضطر للاستعانة بالصناعة
فى واحدة وان الاخر يضطر مرات كثيرة لاستعمال الصناعة ولذلك قال
المؤلف وانى اجد فرقا عظيمين ما باشرته فى اعمالى التى بالمارستانات واعمالى
الخصوصية الخارجة عن المارستانات فى خمماية وستين ولادة باشرتها
بمارستان السكال ياريس حينما كنت مستخدما فيها احتجت للاستعانة
بالصناعة فى ثمان مرات فقط واما اعمالى الخارجة عن المارستانات فاستغنت
بالصناعة فى ستين مرة من نحو خمماية بل اقل فى الحالة الاولى تكون نسبة
العسرة للسهلة كنسبة واحد لستين وفى الحالة الثانية كنسبة واحد لثمانية

وهذا الفرق وان كان عظيما الا ان توضيحه سهل وذلك انه يقبل في الممارسات
العامه جميع النساء عموما بدون تمييز بينهن * واما الاحوال التي باشرت بها
من خارج فانما هي احوال عسرة دعيت لها من اخواني او من النساء
القوابل

هذا وقد استحسننا ان نذكر اجمالاً الاوضاع التي يأتي عليها الجنين للمضيقين
ثم نذكرها على التفصيل والقدماء كانوا يسمون تلك الاوضاع بالاشكال وهما هو
عددها مرتبا على اجناس وفصول وانواع واصناف

الجنس الاول في الوضع الطبيعي اى المجي بالراس (وله فصلان)

الفصل الاول في المجي بالجمجمة (وله نوعان)

النوع الاول الوضع القمعدوى المقدم (وله ثلاثة اصناف)

الصنف الاول الوضع القمعدوى الحق الايسر

الصنف الثانى الوضع القمعدوى الحق الايمن

الصنف الثالث الوضع القمعدوى العكسى

النوع الثانى الوضع القمعدوى الخلفى (وله ثلاثة اصناف)

الصنف الاول الوضع الجبهى الحق الايسر

الصنف الثانى الوضع الجبهى الحق الايمن

الصنف الثالث الوضع الجبهى العكسى

الفصل الثانى في المجي بالوجه (وله اربعة انواع)

النوع الاول الوضع الذقنى الحرقفى الايمن

النوع الثانى الوضع الذقنى الحرقفى الايسر

النوع الثالث الوضع الذقنى العجزى

النوع الرابع الوضع الذقنى العكسى

الجنس الثانى في الاوضاع الغير الطبيعية اى الاثبان بالحوض

(وله ثلاثة فصول)

الفصل الاول في المجي بالرجلين (وله نوعان)

النوع الاول العقبى المقدم (وله ثلاثة اصناف)

الصنف الاول القطن من الامام واليسار

الصنف الثانى القطن من الامام واليمين

الصنف الثالث القطن من الامام باسـتقامة

النوع الثانى العقبى الخلقى

الفصل الثانى فى المجي بالركبتين

الفصل الثالث فى المجي بالمقعدة (وله نوعان)

النوع الاول الوضع العجزى المقدم (وله ثلاثة اصناف)

الصنف الاول الوضع العجزى المقدم الايسر

الصنف الثانى الوضع العجزى المقدم الايمن

الصنف الثالث الوضع العجزى المقدم باستقامة

النوع الثانى الوضع العجزى الخلقى وهو الوضع الرابع للمقعدة

(الجنس الاول)

(فى الولادة الطبيعية اى التى يأتى الجنين فيها بالرأس)

ما ذكرناه فى هيئة وضع الجنين فى الرحم يفهم منه ان الانتظام الطبيعى هو ان يأتى الجنين للمضيقين بطرفه الخفى وان الاحوال التى يأتى فيها بغير ذلك تعتبر غير طبيعية وهذا هو رأى ابى الطب بقراط وغيره من المتقدمين فسموا الولادة بالرأس طبيعية وبالقدمين والركبتين والمقعدة غير طبيعية وانما ترك المتأخرون اتباع ذلك غلطا منهم فى المعنى الاصطلاحي للكلمات فظنوا ان طبيعية مرادفة لاختيارية اى تنتهى من ذاتها وبموجب ذلك يلزم ان تكون الولادة بالخوض داخله فى رتبة الولادة الطبيعية ولا خطر فى التمسك بذلك فى العمل اذ القوابل تحول الجنين اذا جاء بغير الرأس الى ان يأتى به اذا امكن والا فلا ينبغى ان يفهم بالولادة الطبيعية ما تحصل من ذاتها وبغير الطبيعة ما تحتاج للاستعانة بالصناعة اذ قد تكون الولادة طبيعية وتحتاج للاستعانة وغير طبيعية ولا تحتاج لشيء

ثم ان الولادة بالطرف الخفى تشتمل على فصلين الاول الجبى : بالجمجمة بجميع
اوضاعها والثانى الجبى بالوجه

(الفصل الاول)

(فى الجبى بالجمجمة)

هو $\frac{1}{2}$ من حصول من غيره فى المائة يولد بهذا الجبى اربعة وتسعون تقريرا
وفى هذا الجبى ميل اليافوخ الخلقى نحو مركز الخوض والقطران الاصليان
للمضيقين يباوران القطرين القمعدوى القمى والجدارى المزدوج واما القطر
القمعدوى المذقى والدائرة القمعدوية القمية فيلزم ان يكونا موازيين لمستطعى
فوهى التقعير ومحورى الخوض ثم ان المؤلفين اختلفوا فى تقسيم اوضاع هذا
الجبى ، والذى جرى عليه فلا مان وتوافق عليه تقسيم بودلوك والقبالة لسبيل
ويظهر انه هو الاخصر هو ان القمعدوة لا تقبى ، فى معظم الاحوال للمضيق
السفلى الابكيتين احدهما ان تكون ملتقمة الى الامام وتستقر فى قوس
العانة وثانيهما ان تكون ملتقمة الى الخلف وتدفع الحافة المقدمة للجحان بقوة
ومثل ذلك يحصل ايضا فى المضيق العلوى ما عدا ان القمعدوة حينئذ تلتفت
غاليا الى اليسار واليمين ، قال المؤلف فاطن انه على مقتضى ذلك يصح ان ترجع
فى المضيق السفلى جميع اوضاع الجمجمة الى وضعين رئيسيين احدهما تلتفت
فيه الحدة القمعدوية الى جزء ما من النصف المقدم من دائرة الخوض وثانيهما
تلتفت فيه تلك الحدة الى جزء ما من النصف الخلقى لتلك الدائرة وكل من هذين
الوضعين الاصليين يحتوى على اوضاع ثانوية تأتى على الترتيب فنعنى بقولنا
القمعدوى المقدم والقمعدوى الخلقى مرور الرأس من المضيق السفلى لامن
المضيق العلوى فى هذا الفصل نوعان

(النوع الاول)

(الوضع القمعدوى المقدم)

وتحت هذا النوع اصناف كثيرة الحصول فى سبع وستين ولادة يحصل بهذا
الوضع ستون وكثرة هذا الوضع طبيعية يسهل معرفة سببها فان الرأس انقل

جزء في الجنين وعنق الرحم موضوع دائما على مسطح **ك** كثير ميلانا من القعر
 فيلزم ان الرأس يميل على الدوام لان يلتفت نحو العنق والنصف الخلفي
 من الرأس انقل من النصف المقدم والجزء الخلفي من الجذع مدة الحياة داخل
 الرحم يكون وزنه انقل من الجزء المقدم فاذا **ك** كانت المرأة واقفة او قاعدة
 او جاثية او مضطجعة على الجانب يكون ميل الجدار المقدم من الرحم نحو العنق
 اكثر من ميل جدارها الخلفي فيلزم ان يكون التفات ظهر الجنين الى الامام
 اكثر من التفاته الى الخلف

وهنا السبب آخر يوجد في مناسبة ابعاد الرأس وانحرافه لابعاد الحوض
 وانحرافه وذلك لان المضيض البطني اى العلوى من حيث انه من الامام اعرض
 من الخلف ومنحرف جدا لجهة العانة يوجه القمعدوة عاقل هذه الجهة وظهور
 الجنين من حيث انه يكون الى نهاية الطلق ملتصقا الى الامام يجعل القمعدوة
 لا تميل في التقعر الى الجانب او الخلف الا بجر **ك** استدارة وانها تميل دائما
 للرجوع الى تحت العانة وايضا قصر طول الجدار المقدم للعرض والخلو الذى
 ينتج من ذلك يمين ايضا على هذه الغاية ولهذا النوع ثلاثة اصناف

(الصنف الاول)

(الوضع القمعدوى الخفى الايسر)

هو الوضع الاول عند بودولون وغيره وهو كثير الحصول بنسبة سبعين في المائة
 تقريبا وفي هذا الوضع يلتفت المسطح الظهرى للجنين الى الامام واليسار
 والمسطح البطني الى الخلف واليمين فالقمعدوة تكون موضوعة خلف التبو
 الحرقنى العانى المحاذى لجهته واعلى لجهة اى اليسار فوخ المقدم يلتفت
 الى الارتفاق العجزى الحرقنى اى الجزء الخلفي من الحفرة الحرقنية اليمنى
 والجانب الايمن يكون من الامام واليمين والجانب الايسر من الخلف واليسار
 ولا ينبغي ان تنسب كثرة هذا الوضع لامتلاء المستقيم عادة بالمادة الثفلية مدة
 الحمل فية رالجهة على الانحراف الى الجانب الايمن كما قال ذلك سوليريس
 لانه مردود بمشاهدات **ك** كثيرة وانما تنسب لانحراف الرحم وللالتجاء

الطبيعي للحركات الشاقة الانتقالية والتنفسية لان المسطح الظهري الجبيني
المستند عادة على القسم المائل من الرحم لا يمكن ان يميل للاتجاه نحو الاربية
الجبني بدون ان يؤثر على الرأس ويوجهه الى اليسار فاذا انحرفت القمعدوة
نحو الحفرة الحرقية فذلك لكون المضيق يوجد فيه في تلك الجهة من الامام
خلو لا تصادفه الجهة من الخلف بسبب وجود العضلة القطنية وذلك اولى من
ان تقول بسبب المستقيم وهذه الهيئة تفيد ايضا ان مجيء الرأس بالجانب
الايمن من طرفه اولى من مجيئه بوسط القمة وان يكون القطر الجداري
المزدوج منحرفا من اعلى الى اسفل ومن اليسار الى اليمين اولى من كونه موازيا
للقطر المنحرف الذي للمضيق

وفي هذه الوضع لا يخرج الجنين من الحوض بدون ان يفعل الرأس اربع حركات
مخصوصة حركة الانحناء وحركة استدارة وحركة انبساط وحركة رجوع
حركة الانحناء * الانقباضات الرحمية بعد تمزق الاغشية فجعل اجزاء
الجنين ضاغطة بعضهم على بعض فالسلسلة من حيث انها تدفع من اعلى
الى اسفل تمرحج الرأس بحيث تنخفض القمعدوة ويرتفع الذقن فتمتد القمة الرأس
بانخفاضها يسير المثلث قليلا حتى تقرب لمركز المضيق العلوي فينبغي ان يكون
القطر القمعدوي القمي موازيا تقريبا للقطر المنحرف الذي يذهب من اليسار
الى اليمين ومن الامام الى الخلف والقطر الجداري المزدوج يحاذي القطر الآخر
المنحرف والقطر الكبير يكون في الوسط بين محور سلسلة المرأة واتجاه محور
الدائرة الحوضية والدائرة القمعدوية القسمة تجاور مسطح المضيق وتميل
لان تصالبه بانحراف من اليسار الى اليمين ومن اعلى الى اسفل ومن الخلف
الى الامام والدرز السهمي يتجه بانحراف من اليسار الى اليمين وقليلا من الامام
الى الخلف والشعبة الجبني للدرز اللامي تلتفت للتجويف الحقي الايسر
واما الشعبة اليسرى فتستطيل نحو الارتفاق العجزي الحرقى المحاذي لها
والدرز الجبهي الجداري المرتفع كثيرا نحو الحفرة الحرقية الجبني بجوار بطرفيه
الزاوية العجزية القفوية والتجويف الحقي الايمن واليا فوخ القمعدوي يكون

ايسرو امام واقرب للجزء الجبى من الحرقعة او الجسم العانة من التواء البارز
واما اليافوخ المقدم فانه يرتفع لجانب الارتفاق الخلقى الايمن بحيث ان الاصبع
لا يصل اليه في الغالب الا بعسر

حركة الاستدارة * الرأس في هذه الحالة يكون احسن تهيئة للدخول بدون
عائق في القووة البطنية للحوض وتتابع الاوجاع ينزله شيئاً فشيئاً الى الامفل
فيصل الى التقدير ويقف في ارضيته ثم بفعل حركة الاستدارة اى انه يدور على
السطح المائل المقدم الايسر من الخلف الى الامام ومن اليسار الى اليمين ليضع
نفسه في قوس العانة واما الجهة فتتزلق من اليمين الى اليسار ومن الامام
الى الخلف على السطح المائل الخلقى الايمن لتتجه نحو العجز وفي ذلك الوقت
تضغط الضفائر العجزية اشد انضغاط ويحصل للنساء في الغالب حينئذ اعتقال
في السابقين والوركين * قال المؤلف وقد ثبت من المشاهدات ان الاستدارة
يندران تتم قبل الوصول الى المضيق السفلى غير انه تأكد عندى ان الغالب
كونها تتم عند نفوذ الرأس من انداء العظمية لا عند نفوذها من القرج
كما ظنهم بعضهم فاذا كان الجزء من الجمجمة الذى يلاقيه الاصبع في ابتداء
الطلق هو الزاوية الجدارية فاذلك الامن الانحراف اليميني لجذع الطفل
فانحراف الرحم لليمين يقهر الرأس ايضا على ان يأتى باتجاه منحرف ويلزم
الجدارى الايمن ان يبرزا ولا ولنزدد على ذلك ان الحركة الارجوحية التى يفعلها
القطر الجدارى المزدوج من اعلى الى اسفل ومن اليسار الى اليمين تأتى ايضا
بالجدار الايمن ليضع نفسه وينتثبت في المضيق السفلى تحت الفرع الجبى العانى
المحاذى له قبل دخول الاخر فيه او وقوفه بزمان طويل

فمحصل الحركة كلها ان الرأس يدخل بقمته اولا في المضيق العلوى وينحني
اليافوخ الخلقى في الغالب الى الخلف نافذا في التقدير بعد ان كان ملتفتا قليلا
الى الامام وهذا لا يمنع عن ان يصل بعد ذلك الى المقوس العانى واما الجدارى
الايمن الذى كان اخفض من الايسر في الاصل فانه يبقى بعد ذلك غير متحرك
خلف بجسم العانة او فرعها الايمن ثم ينقل الجدارى الاخر عن موضعه

وحده حتى تدخل الدائرة القمعدوية القمية في المضيق السفلى فالاستدارة
التي لا تقبل الا في فتحة مخرج الحوض تتم في مدة الانقباض ويرزول جزء منها
بعد ذلك حالاً من الوقت الذي تقدم فيه القمة في كل وجع بين شفرى الفرج
فلاجل ثباتها وبقائها يلزم ان تخرج الحديستان الجداريتان من المضيق
اي بحيث لا يمكنهما ان يرجعا الى اعلى الحديبتين الجيبيتين واما العصعص
فانه اذا لم يكن في مفصله تيبس انقلب كفاية مدة الطلق ليعدل الاربطة الجيبية
ويصير القطر المخرف ويطول القطر المقدم الخلفي جدا

حركة الانبساط * انحناء الرأس يأخذ في الزيادة الى ارضية التة غير ثم يتناقص
كما يقرب للمضيق السفلى وترتفع القمعدوة المسبوقه بالجدارى الايمن وتتقدم
فحو القوس تحت الارتفاق العالى فيترك الذقن تدريجاً يقدم الصدر فالرأس
بدل ان يدوم على انحنائه فحو القوس يميل لان يتقلب على القفلة يمكن مجاورة
القطر القمعدوى للذقن في محور المضيق العالى بدون ان يمنع الباقى من الجذع
بان يتبع ايضا انحاء الخط المركزى للمضيق العلوى فينضغط المستقيم وعنق
المشاة انضغاطاً اكثر مما سبق ويتولد زحير وتعنى وتطلب للبول قنقبض
الرحم وعضلات البطن بشدة في اعلى ما يكون ويتوتر العجان ويستطيل ويرق
فيطول الجدار الخلفى للحوض اصبعين او ثلاثة فاذا دخل الرأس في المضيق
السفلى لم تكن حالته مما كانت في المضيق العلوى فبدل ان يبقى موضوعاً بالمخرف
الى الاخر يكون محور الجدارى المزدوج موضوعاً في انحاء القطر الجيبى المزدوج
والمحور القمعدوى القمى موضوعاً في انحاء القطر العصعصى العالى

ثم بعد ذلك تتضاعف الاعمال الشاقة فيدخل الرأس شيئاً فشيئاً في الفرج
من الخلف الى الامام وينزل على السطح المائل الذى يحضره الوجه المقدم
للعصعص ويستطيل بالوجه المقدم للعجان فيزول اثر الانقار الكبيرة تدريجاً
بان ترق من جمعهما العجانى فحو طرفها العالى فالاربطة العجزية الجيبية
تخف عن ذلك والشفران الصغيران يتدفعان بقوة الى الاعلى والجانب
لكن لا ينبسطان فيترقان اي ينقلان عن الوجه الباطن للفرج واحياناً

يتقار لذلك جلد الخنزير العلوى من القنذرين وكأنه يساعد الاشعار والعجان
 فيكون منه شبه خودة تغطي بعض الرأس الى ان يخرج بالكلية من الخوض
 ثم تخرج الخدين الجداريتان من القطر الجبى المزدوج ولا تبقى الجمجمة واقفة
 الا فى الاجزاء الرخوة فتقهرها وتخرج والطرف الخلقى للقطر القمعدوى
 القمى الذى كان مستندا تحت الارتفاق يرينا على التعاقب من الظاهر
 مدة تقود الرأس من القرج الدرزا السهمى والحدبتين الجداريتين واليا فوخ
 المقدم والحدبتين الجبهيتين ومضى خرجت الدائرة القمعدوية القمية الى الخارج
 انزلت الحافة المقدمة من العجان المجذوبة بمرورها الطبيعية على الوجه الذى
 يكون لها سطحا مائلا من الجبهة الى الذقن حتى تكون على مقدم العنق فاهرة
 الرأس على ان يتقلب على جبل الزهرة

حركة الرجوع الرأس من حيث انه خالص من كل نهسف ولا يمكنه ان يديم على
 حاله التواء العنق الذى وصله للقوس العائى يأخذ حالا مجاوراته الطبيعية
 للمنكبين وبقية الجسم بعد ان كانت تغيرت تغيرا وقتيا اعنى ان الاقطار
 المقدمة الخلفية تصالب من جديد على زاوية قائمة القطر المستعرض للمنكبين
 كما حصل ذلك فى الماضى العلوى وبالاختصار تلتفت القمعدوة نحو الاربية
 اليسرى عند ما يتجه الذقن لجانب الشق المسمى تحت الحجة اليمنى فلاجل هذه
 الاستدارة رأوا انه يلزم ان تسمى هذه الحركة بحركة الرجوع

وبعد السكون مدة بعض فوان او بعض دقائق يفعل المنسكان الاذان وصلا
 الى التقدير حركة لازوية على السطحين المائلين المقدم الايمن والخلفى الايسر
 فالمنكب الايمن يتجه خلف الارتفاق او الفراغ العائى الايمن والمنكب الايسر
 يذهب على مقدم العجز او الرباط العجزى الجبى الايسر فاعلا فى الرأس حركة
 مثل ذلك بحيث تضعه بالعرض فتكون القمعدوة من اليسار والوجه من اليمين
 ويدخل المنسكان فى المضيق السفلى بهذا الانجباء والايمن يظهر اولاً تحت
 العانة او فى القوس فينقوس جذع الطفل على جنبه الايمن ليوافق شكل
 الخوض فيصل المنكب الايسر امام العجان ويكون المحور القائم للصدر موازيا

لنحور المضيق العجاني والنحور انقسام للبطن موازيا لنحور المضيق العلوي
ثم يخرج ان اى المتكبان معا من الفرج والحرققتان يتبعان هذا السير
وباقى الجسم الذى يسهل انزلاقه بواسطة ماء الامنيوس والطلاء الدهنى يكون
كرأس مخروط خرجت قاعدته قبل ذلك فيخرج هذا الباقي ايضا بالاندفاع بتلك
الحركات العنيفة

(الصنف الثانى)

(فى الوضع القمعدوى الحقى الايمن)

ويسمى بالمقدم الجانبي الايمن عند المقابلة بواقين وبالمؤخرى الامامى الايمن
عند دوچيس وقد وقع اضطراب كثير فى اكثرية ونادرية وذكرنا له يخرجنا
عن حد الاقتصار بدون فائدة وكذلك فى سببه ولعل الاقرب للصواب ان هذا
الوضع للقمعدوة ناشئ من الانحراف الايسر للرحم ومن انقباضاتها الرحمية
فالاندفاع الذى يقبله الجنين فى حالة هذا الانحراف الرحمى يذهب به من اليسار
الى اليمين فالجهة التى تقف فى رأس الشكل البيضاوى او المثلث الذى
للحوض البطنى فى النساء الاحياء تقهر القمعدوة على ان تقبل الحركة وحدها
وتضع نفسها نحو التواء الحرق فى العجاني الايمن

واما كيفية حصول هذا الوضع فلا تختلف عن السابق الا فى قليل فالطفل
يندفع بالقوة التى اندفع بها فى السابق والرأس يفعل من الحركات مثل ما فعل
فيما سبق ويحضر الدائرة السابقة لمسطحات الحوض والاقطار الرئيسية
لاقطار المضيقين ومحاورها وغير ذلك وانما اليافوخ القمعدوى بدل
ان يلفت الى اليسر كما سبق يلفت هنا الى الايمن والتقطر القمعدوى القمى
بدل ان يذهب من اليسار الى اليمين يذهب من اليمين الى اليسار وبأخذ محل
القطر الحدارى المزدوج واما من جهة الحركة الاستدارية فان طرفى الرأس
يدوران على السطحين المائلين المقدم الايمن والخلفى الايسر لتذهب القمعدوة
لقوس العانة والجهة لمقدم العجز

واما نفوذ الرأس من المضيق السفلى ومن الفرج فلا يفتقر عن السابق اصلا

لكن اذا خرج الرأس الالتهقت القمعدوة في حركة وجوعها الى اليمين بدل
 ان تنحني الى اليسار والمنسكب الذي يأتي الى تحت العانة هو الايسر لا اليمين
 والجانب الذي ينزل على القوس العجزي العجاني هو اليمين لا الجانب الايسر
 واما الوجه وجميع المسطح المقدم للجنين فانما يلتفتان للوجه الباطن من الفخذ
 الايسر للام لانهما يلتفتان الى اليمين ولكن هذا كله لا يغير المجاورات
 النسبية التي توجد بين الرأس والحوض * ففي المضيق العلوي ينزل الجداري
 الايسر والا خلف العانة اليمنى والجدار اليمين يلتفت الى الخلف والايسر
 والاعلى والدائرة القمعدوية القمية المنحنية الى الامام واليسار والاسفل
 تصالب بانحراف مسطح المضيق بكيفية محيط كرة والطرف المقدم للقطر
 الجداري المزدوج يستند على العانة اليسرى والطرف الخلفي له ينزل بحركة
 ارجوحية من الخلف الى الامام ومن اليمين الى اليسار فاعلا جزاء من حركة
 استدارية * واما في المضيق السفلي فالجانب الايسر لقمة الرأس هو الذي
 يأتي ويتنبت تحت الفرع الجبجي العاني الايسر الى ان تتقدم الحدة الجدارية اليمنى
 تحت القوس الجبجي العاني بسهولة وتتم حركة استدارة الرأس فتخرج الجمجمة
 حينئذ من المضيق العظمى سواء كان خروجها باسـتقامة في اتجاه القطر
 العصوي العاني او في اتجاه منحرف قليلا

واما المنكبان فانهما يتبعان الخط الزاوي الايسر للمضيق العلوي في نزولهما
 منه يلتفت الايسر قليلا الى الامام واليمين يتجه اتجاهها غير تام نحو العجزي
 والجانب الايسر للطفل ينحني ويصير مقعرا جدا * واما في المضيق السفلي
 فيدخل المنكب المقدم من اليسار الى اليمين في رأس القوس العاني والمنكب
 الخلفي يتقدم تدريجيا من اليمين الى اليسار على الحافة المقدمة للجمان

هذا وقد قالوا ان هذا الصنف اقل جودة من السابق لانه يصير الطلق ابطأ
 واثعب فان الجهة في الاول اذا دارت نحو الارتفاع العجزي الحرقفي اليمين
 لا يحول بينها وبين جدران الحوض الا الشهم والبريتون فتزلق بدون مشقة
 واما الوضع الثاني فان المستقيم فيه يضيق القطر المنحرف الايسر قليلا

والقمعدوة والجهة في الوضع الاول بجواران مسطحين منتظمين صليبين
 متساويين واما في الوضع الثاني فان الجزء المتقدم من الرأس يضغط المعاً
 من اعلى الى اسفل ويدفعه امامه فينتسبه بحيث يتكون منه حوية يز يدسكها
 من حزامية المواد الثقلية فيها * قلل المؤلف انهم كل ذلك جائر الحصول ولكن
 اذا دققنا النظر سقطت هذه التعسرات التي زعموها لان تلك المستقيم
 المضغوط بالرأس شيء قليل والمادة التي تملأه قد تستفرغ في ابتداء الطلق
 والجهة لانستند على المستقيم في جميع الاحوال الامن وراء جدران الرحم
 او المهبل التي لا تستثنى فلذلك ثبت بالمشاهدة انه لم يكن هنالك أدنى فرق
 لتظهر في التعسرات بين الموضع الاول والثاني

(الصنف الثالث)
 (الوضع القمعدوى العكسي)

هو نادر الحصول ففي المضيق العلوي يوجد القطر القمعدوى الدقي والدائرة
 القمعدوية القمية موضوعين كما في الوضعين السابقين وبجواران دائماً المحور
 والمسطح لهذا المضيق واما القطر الجداري المزدوج فيكون بالعرض
 والقمعدوى القمي يتجه من الامام الى الخلف بدل ان يكون موازيين للقطرين
 المنحرفين والحركة الاستدارية ليست ضرورية بل لا تحصل في الحقيقة واتجاه
 محاور الرأس يكون في آخر الطلق كما في اوله والمنكبان الملتفتان للخفرتين
 الحرقبتين في المضيق العلوي يعلنان بان حركة الرجوع غير يقينية بل لا توجد
 في الحقيقة لعدم حصول حركة الاستدارة لكن لما كان من النادر وجود واحد
 المنكبين من الامام والاخر من الخلف قبل تقودهما من المضيق المسطحي
 وانما يكون ذلك بعد تحيرهما بعض لحظات كان حال القمعدوة انهما تنحني
 بان تلتفت الى اليمين او الى اليسار لكن بدون ان يعرف من قبل لاي جهة منهما
 يكون الالتفات واما بقية اعمال الولادة فليست مختصة بشيء هنا

* * (تمة) * *

يتأهد في هذه الاوضاع الثلاثة ان الرأس يتقدم بان يتأني جداً على الصدر

وينتهي

وتمت بحاله بان ينسبط بمزوره تحت ارتفاق العانة وان القمعدوية
واحد الجدارين من حيث انهما الجزء آن الناتان للذان يلزم ان يخرجوا ولا
لم يجتازا الاقراطين او قيراطين ونصفا حتى يصلا للقوس العاني ولا ينزلان
في خروجهما من الحوض الاعلى جدار مسطح بل منحذب ايضا لا متعرج
واذا كانت الاشياء في الوضع الاول مهيئة باجود ما يمكن لم يحصل في الحقيقة
في الوضع الثاني والثالث زيادة صعوبة وخطر من وجود المستقيم من جهة
والمنشانة والبروز المجزى القفري من الجهة الاخرى

(النوع الثاني)
(في الاوضاع القمعدوية الخلفية)

هذا الوضع الكلى يحصل بنسبة ثلاثة لمائة وخمسين تقريبا فهو اقل كثرة
من الوضع القمعدوي المتقدم فالقمعدوية في هذا الوضع لاجل خروجها اولا
تلتزم بان تجتاز جميع طول القسم الخلفي للحوض اعني بذلك سطحها طوله
من سبعة قرايط الى ثمانية ويدخل فيه العجان اما في غير هذا الوضع فانها تصل
الى الخارج بعد قيراطين من سيرها والجدار الخلفي للحوض غائر غورا عميقا
واما النصف المتقدم لدائرته فهو الى المنحذب اقرب منه الى التعبير فالقمة
تسقط بزاوية قائمة على كل جزء من هذا الجدار والقمعدوية التلاقي في كل عمل شاق
من المرأة مقسومة جديدة لا توجد اذا دارت الى الامام وطرف القمة لا يأتي
الى القرب بدون ان ينزل اعظم جزء من الصدر في التعبير فليس القطر القمعدوي
القمي هو الذي يجاور القطر المتقدم الخلفي للجزء السفلي من الحوض وانما الذي
يجاوره خط يأتي من اليافوخ المتقدم الى الجزء الخلفي من الصدر فيكون العمود
القفري زائدا لتقوس جدا بحيث لا يفقد جزء عظيم من الحركة التي اخذها
من الرحم قبل ان يصل الى الرأس فالذي ينقذ من التعبير هو الرأس والجذع
مع الا رأس فقط واما الجهة فهي في العادة اعرض من ان تملأ بالضبط طرف
قوس العانة ويمكن ان يفقد من سعة القطر العصعصي العاني حيثئذ
نصف اصبع

وزعم قارون ان الولادة حينئذ غير ممكنة وان الوضع القمعدوى الخلقي يستدعي دائما استعمال جفت الولادة الا اذا كان الجنين صغيرا جدا او الحوض عظيما وهو رأي قديم قال به بودلوك * قال المؤلف ولا اقول بهذا الرأي فاني رأيت من هذا الوضع سبعة خرج الرأس فيها من الفرج بدون مشقة زائدة ولم يكن هنالك شئ مخصوص في حجم الجنين ولا في اقطار الحوض في خمسة منها وحصلت الولادة في الاثنين الباقيين قبل كمال اشهرهما فكان احدهما في ستة اشهر والثاني في سبعة اشهر ونصف وشاهد كثير من المؤلفين اكثر من ذلك واما استنادهم في ذلك لعسر الحركة الميخا نكية فقد اثبت نجيل ان القمة لاتصل للمضيق السفلي باتجاه مستقيم من الخلف الى الامام بل باتجاه جانبي او منحرف ولتزد على ذلك انه اذا ضغط بقوة على العصص او على احد الرباطين العجزيين الجبيين فان قمة الرأس تسمح في الغالب للحدبتين الجبهيتين بان يدخلا ولا تتم الولادة بمثل ما تتم اذا جاء الوجه او لا فهذا الوضع نادر ولا بد لكن لا يقال انه غير ممكن ولا ينبغي ان يترك فعله للطبيعة كما قال بعضهم والاسباب التي تتم الاوضاع الخلفية غير معروفة لنا واعتدافنا يجعلنا الما اولى من ان ننسبها نسبة مبهمة الى شكل الحوض والاتجاه الرحم او لا قطاره الغير المتناسبة او لبعض اعتيادات المرأة او للحركات الغير الاعتيادية من الجنين او لغير ذلك نهاية ما هو اكيد عندنا هو ان هذا الوضع يحصل مرات كثيرة متوالية في امرأة واحدة فالوقوف على حقيقة سبب ذلك يحتاج لبحث جديد ثم ان الاصناف الثلاثة الاصلية لهذا الوضع لا تختلف عن بعضها الا في اشياء يسيرة

(الصنف الاول)
(الوضع الجبهي الخفي الايسر)

هو اكثر الثلاثة حصولا واجتمع فيه جميع ما يمكن من الشروط النافعة اكثر من غيره فالجنين من حيث ان ظهره في هذا الوضع ملتفت الى الخلف واليدين للرحم وبطنه الى الامام والبسار لها وجانبه الايسر الى الامام واليدين لها وجانبه

الايمن الى الخلف واليسار لها يدخل في المضيق العلوى بحيث ان قطره
 القمعدوى الذقني والحداري المزدوج والقمعدوى القمي ودائرة هذا القطر
 الاخير تجاور في الاتجاه القطرين المتحرفين ومسطح القمحة الحوضية ومحورها
 كما في الوضع الاول المقدم وانما الفرق هو ان الطرف الجبهي للمحور القمعدوى
 القمي يأخذ محل الطرف القمعدوى وان الطرف الايسر للقطر الحداري
 المزدوج يأخذ محل طارفه الايمن وان اليا فوخ المقدم ينزل خلف التتو الحرقني
 العاني بدل ان ينزل على مقدم الارتفاق العجزي الحرقني وان اليا فوخ الخلفي
 بدل ان ينحني قليلا الى الامام واليسار يكون بالعكس مقدوفا الى الخلف واليمن
 وهذا لا يخرم انتظام المجاورات النسبية التي بين الرأس والحوض وبديل
 الى الان على ان الاوضاع الخلفية ليس فيها ضرر بالنسبة للاوضاع المقدمة
 وكيفية الحركة هو انه بعد تمدد العنق وتمزق الاعشمية اذا مرّت الدائرة
 القمعدوية القمية من الحوض يجرد الرأس من الخلف تجويفا عميقا فيندفع
 فيه بسرعة حتى يصل الى اسفل التقعر ويظهر ان الطلق يسير في الابتداء باسرع
 مما يكون في الوضع المقابل لذلك ولكن بعد تلك الحركة تنتفخ التوسعرات التي
 ذكرناها شيئا فشيئا فبديل ان يبذل الانثناء تدريجيا بالانبطاط كما في الاوضاع
 المتقدمة يزيد ذلك الانثناء ايضا في كل وجع وعندما تقف الجبهة خلف العانة
 وتستند القمعدوة منقوسة على مقدم العجز والعصص والعجان فتقاومها
 تلك الاجزاء وتقهرها على ان تخرج الى الامام يدخل الصدر في التقعر وكأني
 انزلق خلف الوجه فيعارض انقلاب الذقن فهو مركز الحوض ولا تحصل
 مجاورة المحور القمعدوي الذقني للخط المركزي الذي للمضيق السفلي وخصوصا
 لمحور الفرج الا بعسر شديد فالعمود الفقري بسبب تقوسه جدا يتقدم منه جزء
 عظيم من الحركة التي انتقلت اليه من الرحم ومن حيث انه لا يستند على الرأس
 الا براوية تأخذ في الضيق شيئا فشيئا لم يمكنه ان يدفعه بقوة عظيمة وان كان
 وصوله الى ذلك المهل بقوة اصلية لم تتغير وهي انقباض الرحم
 وحركة الاستدارة تحصل ايضا لكن بدل ان تتجه القمعدوة الى الخلف تكون

موضوعه اولا بالعرض ثم الى الامام قليلا كما في الوضع الثاني ومع ذلك فديتفق
 ان الجهة او القمة المتزقة على السطح المائل المقدم اليسر تأتي من اليسار
 الى اليمين ومن الخلف الى الامام حتى تكون في القوس العاني مع كون
 القمة او القمعدوة التي تخرج على السطح المائل الخلفي الايمن تتجه من
 الامام الى الخلف ومن اليمين الى اليسار نحو تقعر المعجز غير ان هذه الاستدارة
 تحصل مع بعض تعسر فان الجهة من حيث انها عريضة جدا لا تطبق بالضبط
 على طرف التقوير تحت العناية تلتزم بان تدخل بانحراف في القوس كما يفعل
 الجداريان في الوضع الاول وايضا فانه اسفل المضيق العلوي لا يقدر الجزآن
 الجانبيان للنصف الخلفي من الحوض المكون معظمهما من الاجزاء الرخوة
 على ان يدفعها القمعدوة بقوة كافية نحو الخط المتوسط ومهما كان
 فالقمعدوة تنزل باستنادها بقوة الى الخلف وتتقدم من المضيق فينبذ يستند
 القطر القمعدوي التهي على الجمع الخلفي للفرج لاعلى الحافة السفلى لارتفاع
 العناية وتخرج عليهما اي يتقلب من اعلى الى اسفل ومن الامام الى الخلف
 فتظهر على التتابع للنظر هذه الاجزاء وهي اليافوخ الخلفي والدرز السهمي
 واليافوخ المقدم والحدبتان الجداريتان والحدبتان الجبهيتان والاجزاء
 المختلفة من الوجه امام التجان وعند ما يخرج الذقن من طرف القوس العاني
 تحصل حركة الرجوع فالوجه يعني نحو الاربية اليسرى والقمعدوة نحو الشق
 الايمن تحت الحجة اليمنى للمرأة والمنكب اليسر يتجه الى الامام تحت الارتفاع
 والفرع الجببي العاني الايمن والمنكب الايمن يقرب للوجه المقعر الذي للمعجز
 والرأس المنحوب بمجر كة الخدع يصير موضوعا بالعرض وباقي الولادة
 لا يختلف عن ما يحصل في الوضع القمعدوي الحق الايمن

(النصف الثاني)

(الوضع الجببي الحق الايمن)

هو اندر من السابق ومع ذلك هو اكثر حصولا بالنسبة للوضع الجببي الحق
 اليسر كـالوضع القمعدوي الحق الايمن بالنسبة للوضع القمعدوي

الحق

الحق الأيسر

فالمسطح الخلفي للجنين يتجه في هذا الوضع الى اليسار والخلف والمنكب الايمن يتجه الى اليسار والامام والقطر الجداري المزدوج يشغل القطر المقدم المنحرف الايسر واما القمعدوى القمى فيكون موازياً للقطر المقدم المنحرف الايمن والدائرة الصغيرة مع القطر القمعدوى الذقفي يجاوران دائماً المسطح والمهور للمضيق * والرأس الداخلى فى التقعر يتجه بعد ذلك حالاً بالعرض ولم يلبث قليلاً حتى يكون كفى الوضع الاول وفى بعض الاحوال يخطئ ثمن دائرة الى الخلف والقمعدوة المنزلة على المسطح المائل الخلفى الايسر تتجه نحو العجز والقامة تنزلق على المسطح المائل المقدم الايمن حتى تكون فى قوس العانة واذا اخرجت القمعدوة من الفرج بعد حصول حركة الرجوع فانها تدور شيئاً فشيئاً نحو الوجه الانسى للفخذ اليسرى لا اليمنى كما فى الوضع الرابع وباقي الولادة يكون كفى الوضع المذكور ما عدا ان المسطح المقدم للجنين ينتهى بان يلتفت الى اليمين وجانبه الايمن الى الامام باستقامة واما فى الوضع الرابع فيشاهد العكس ويقال ايضا ان هنا تعسراً يحصل من وجود المستقيم فيتعب سير القمعدوة

(الصنف الثالث)

(الوضع الجبى العائى)

معلمة فلان القمعدوى العجزى ونفاه بعضهم بالكلية لكن اذا كان حقا كما ثبت ذلك حس المس ان الجزء الابرز من الرأس يسهل الاحساس به فى مركز الحوض اسفل فتحة البطنية فى كثير من النساء قبيل الولادة بزمن طويل فكيف تكون الزاوية العجزية الفقرية ملئفا لهذا الوضع فاذا نيلزم اذا لم تقل ان هذا الوضع صنف حقيقى ان مختاراً قلته مشكلاً يمكن الوقوع

وكيفية حصوله قريبة من كيفية حصول الصنفين المنحرفين فالقمعدوة والمسطح الخلفى للجنين من حيث انهما من اول الامر ملتفتان باستقامة الى الخلف لم يكن الرأس محتاجاً لان يعمل حركة استهاريه فى التقعر ليدخل فى المضيق السفلى ومن حيث ان المنسكين ينفذان من المضيق العلوى موازيين

للقطر المحرق في المزدوج لم يكن هناك حركة رجوع في خارج الحوض كما انه ليس هناك حركة استدارة في باطنه فاذا انتهى الحال بالتفات الوجه نحو فخذ والقعيدة نحو الفخذ الاخرى فذلك لان الحذع الذي دار على محوره القائم ليضع المنكبين من الامام الى الخلف جذب ضرورة في الاتجاه المذكور القطر الجداري المزدوج

وايس هذا الوضع اقل جودة من الوضعين المخربين المقابلين له الا في كونه يعرض الجبهة والوجه زيادة عن غيره لان يتقلبا الى الاسفل ويعرض الاقطار العظيمة للرأس لان تجاور الاقطار الصغيرة للحوض وقوابل الاعصر الساقطة لما نسبوا التعسرات التي توجد في هذا الوضع لاحتكاك الوجه بالجهة الخلفية للعانة لم يتأملوا يقينا في الانثناء الذي يحصل للرأس اذ كان يسهل عليهم اذ ذلك مشاهدة ان الذي يلزم ان يستند على الجزء الخلفي للمفصل العاني هو اعلى الجهة او الطرف المقدم للقطر القعيدوي القمي لا طرف القطر القعيدوي الجبهي

(خاتمة في امور خارجة عن العادة تحصل في بعض اوضاع الجمجمة)

يظهر في بعض اوضاع جمجمة الجمجمة ان حركات الرأس خارجة عن السير الاعتيادي للولادة كثيرا ما يتفق ان الرأس بعد ان يتخذ بانحراف من المضيق العلوي يكون موضوعا في التعدير بالعرض ويبقى فيه زمنا ما قبل ان يفعل حركة الاستدارة وفي بعض الاحيان لا تحصل تلك الحركة اصلا او لا تحصل تامة فحينئذ يخرج الرأس من المضيق السفلي بانحراف اى تابعا لخط الزاوى كما يخرج من المضيق العلوي او انه يخرج منه بالعرض محكما بحيث ان القطر القعيدوي القمي يجاور القطر الجبهي المزدوج وفي بعض الاحوال اذا خرجت القعيدة من الفرج تدور الى جهة مخالفة بالكلية للجهة التي يلزم ان تتبعها اذا انتظمت حركة الرجوع ومن ذلك ما شاهدته المؤلف وغيره من ان الوجه في الوضع القعيدوي الحق الايسر قد يتجه نحو الفخذ اليسرى كما في الوضع الثاني وبالعكس في النظير بحيث ان الجنين يفعل

من ابتداء الطلق الى نهايته نحو نصف لفة استدارية تقريبا من الخلف الى الامام ومن اليسار الى اليمين او من اليمين الى اليسار على حسب الوضع وقد اخطأ بودلوك في نسبة هذا الانحراف في الانتظام الى صفر حجم الطفل او لا فراط سعة الحوض * قال المؤلف وقد شاهدته في نساء كانت ولادتهن بطيئة جدا وكان حوضهن غير زائد السعة عما يلزم لمرور الطفل فهل يصح ان ينسب ذلك لهيئات مخصوصة في المضيق السفلي او في التقعير او لا مخرج عن العادة في الانقباضات الرجمية او نقول وهو الاحسن انه ينسب لاندفاع وصل اول الجنين ثم بعد ان احدث حركة استدارة اعتيادية تبقى قوا بحيث يجتاز الرأس والمنكبان به نصف دائرة تامة ومعارفنا العلمية لم توصلنا الى الآن الى السبب الحقيقي

(الفصل الثاني)

(في المجيء بالوجه)

اجمع كثير من القوابل على انه لا ينبغي ترك الولادة لمساعدة المرأة فقط اذا جاء الجنين بوجهه فبعضهم كان يدخل اصابعه ملتزمة برقادة ليدفع بها الجبهة وكثيرا ما حدث من ذلك تشوه ثقيل مثل فكي الاعين وسلخ الوجه وغير ذلك وبعضهم امر بقلب الرأس بواسطة جفت الولادة او السكالب وقيل ان الولادة بهذا الوضع قد تحصل بنفسها من غير استعانة بشئ من الخارج وخص بودلوك حصول الولادة من نفسها بما اذا كان الجنين صغيرا والحوض كبيرا وقالت القابلة لشبيل ان هذا الوضع يقرب لان يكون سهلا نظير ما يحصل بثمة الرأس الان مدة الولادة فيه اطول واكدت انها شاهدت اثنين وسبعين حالة من هذا المتنوع منها اثنان واربعون تمت الولادة فيها بدون خطر للام والجنين وواقعها على هذا الرأي كثير من نهاية ما يكون انه قد يتفق مشاهدة الوجه بعد الولادة منتفخا ومن قال بعدم امكان الولادة بهذا الوضع اذ لم يستغن بالصناعة قايرون * قال المؤلف وآمل انه سيرجع عن هذا الرأي فاني قد شاهدت الولادة بهذا الوضع ست مرات وتركت النساء فيها للطبيعة وللطاق فلم يحصل

نعم احلا وجاءت الاولاد احيا اقوياء وفي كتب المؤلفين مشاهدات من ذلك
كثيرة وكما ثبت ان ولادة هذا الوضع كما تكون ممكنة تكون ايضا مهلكة ومن
خالف في ذلك مثل قايرون لم يفهم حق الفهم كيفية حصوله

فاذا جاء الجنين بالوجه بان كان الذقن نحو العانة والجهة جهة الجوز مثلا
فان القطر الجبهي الذقني الذي هو ثلاثة قراريط او ثلاثة ونصف اذا امتد
الى اليافوخ المتقدم يكون مثل قياس القطر العجزي العاني فيأخذ المحل الذي
يشغله احدا قطار الدائرة القمعدوية القمية في الاوضاع القمية ثم اذا نزل
الرأس بعد ذلك وصل الذقن الى اسفل العانة قبل ان تصل القمعدوة للتعبير
ولم يرزل الصدر في المضيق العلوي وعند ذلك يدخل الوجه في الدائرة الحوضية
السفلى ثم ان مقدم الرقبة الذي يقف في الحافة السفلى للارتفاع يقهر العمود
الفقري على ان يؤثر ايضا في الجزء الخلفي للرأس فيدفعه ويرجحه من الخلف
الى الامام حتى يخرج من الفرج

الاسباب نسب بعضهم هذا الوضع لانحراف الرحم فيكون اول الاعمال
الشاقة ان يستند على القمعدوة على جزء من المضيق فبذلك يقهر الرأس على
ان ينخفض اولاً وبعضهم نسبهم لميل الجنين نفسه وانحرافه كانه انحراف الرحم
ايضا وقالت القابلة لسبيل ان سببه هو ان الانحراف الرحمي المتقدم من حيث
انه عام الحصول فمقبل القمعدوة يمنع الذقن من ان يبقى موضوعا على القص
ويجعل القطر الذقني القمي مجاورا للقطر العجزي العاني قبل ابتداء الطلق
قال المؤلف ويظهر لي ان هذه الاراء لها اصل ولكن لا تكفي لتوضيح الامور
الواقعية والتي تؤكده عندى ان هذا الوضع لا يكون في الغالب الا تحول من
الاضلاع القمعدوية الخلفية للقمة وانه من اعمال البنية الطبيعية للرحم
في دفع الرأس اذ الزم خروج القمعدوة ومن الخلف

واوضاع الوجه ليست في الحقيقة الا الاوضاع المعكوسة لاسمعة فن الواضح
انه يصح ان تختار لها انواع واصناف نظير السابقة غير ان المؤلفين عموما
لم يشر حوا الاربعة اوضاع مع انهم ايضا لم يتوافقوا على كيفية وضعها

فبعضهم جعلها موافقة للاوضاع الاربعة المخرفة للقيمة وبعضهم جعلها مستعرضة من الامام الى الخلف فذكروا الوضع الذقني الحرقني اليمين والوضع الذقني الحرقني الايسر والوضع الذقني العائني والوضع الذقني العجزى ودراسة هذه الاربعة لا تخلو عن منفعة وانما المهم في العمل هو ان يعرف اولاً ان الاوضاع المقدمة الخلفية نادرة حتى ان القابلة لسبيل ما شاهدت منها ولا مرة واحدة * ثانياً انها اذا حصلت احياناً في الابتداء تتحول بسرعة الى وضع جانبي * ثالثاً ان الوضع الذقني العجزى يظهر انه غير ممكن بدون هذا التحول * رابعاً ان الوضع الذقني العائني من حيث انه الانتهاء الطبيعي للباقي يضح ان يكون هو الاكثر حصولاً وان ندر في الحقيقة كـونه وضعاً اولياً خامساً ان القطر الجبهي الذقني في الاوضاع الحرقنية يتجه في الغالب بانحراف قليل اكثر من اتجاهه بالعرض

وينبغي ان يعرف ان الوجه قد لا يجيء بكليته فكثيراً ما تكون الجهة اخفض من الذقن واحياناً العكس وفي بعض الاحوال ينزل الوجه باحد الخدين ومن ذلك تنشأ الاصناف التي ذكرتها القابلة لسبيل وقد تكون هذه اولى اى يوجد من ابتداء الطلق او ثانوية اى لا تظهر الا بعد الاعمال الاولى بل في زمن اقرب للوضع

(الوضع الاول)

(هو الذقني الحرقني اليمين)

من الواضح ان هذا الوضع زوجان للاول لوان الحامس من اوضاع القيمة فالوجه يصل بالعرض في التعيير غير ان طول الرقبة لا يسمح للذقن بان تذهب الى محاذاة حدية الورك او تجذب اعلى الصدر الى اسفل المضيق العلوى وتقاب القمعة بقوة الى الخلف على الظهور ويكون جميع طول القطر القائم للرأس الممتد الى الوجه المقدم من قاعدة القص موضوعاً في موضع القطر الجبهي الذقني فتحصل بعد ذلك حال الحركة تامة تدارة تغير مجاورات هذه الاجزاء فالذقن ومقدم الرقبة ينزلان من الخلف الى الامام حتى يكونا في قوس العامة بخلاف

القمة فانها اتجه حينئذ الى الجهة المخالفة لذلك وتذهب حتى تصل الى الوجه
المقدم للعجز واما الخد الايمن الذي كان اولاً اخفض من الايسر فيدخل اولاً
في المضيق العلوى ويبقى مستنداً خلف العانة اليسرى مدة تكون الاخر
الجاذب معه الوجه والجمجمة يفعل حركة انقلاب من اعلى الى اسفل ومن اليمين
الى اليسار فعند ذلك يشاهد ظهور الجانب الايمن للفك تحت القرع الجبجي العائى
الايسر فيصل الذقن تحت الارتفاق بعد ذلك بقليل والجانب الاخر للفك
لم يلبث قليلاً حتى يظهر تحت الجانب الاخر للقص وينتهى حال الوجه
بان يكون في المضيق لانه يخرج منه تابعاً للخط الزاوى كما ظن ذلك فيجمل
حينئذ من الجهة شيئاً متبوعاً بالدرز السهمى وبالقمم ودوة على المسطح
الذى جهزه لها الوجه المقدم للعصعص والعجان فتبدو من امام العجان جميع
هذه الاجزاء على التعاقب ثم ان الذقن يخرج من القرب يرتفع تدريجاً نحو
جبل الزهرة فينبغي ان يكون من القسم الذى اى الطرف السفلى للقطر القائم
مركز نصف دائرة يرسمها الرأس في خروجها من المضيق وباقي الولادة يتم
كفى اوضاع القمة

وفي المضيق العلوى يكون اليابس المقدم المرتفع فهو الحفرة الحرقمية اليسرى
طرف قطريته الذقن من الامام ويكون مجاوراً لاحد القطرين المنحرفين
والقطر المستعرض للعرض واما القطر الصدغى المزدوج المائل جداً الى الامام
فيجاور القطر المنحرف المقابل والقطر العجزى العائى والذى يدل على محور
المضيق هو القطر القمى القمى او القمى الجبجى واما في المضيق السفلى
فالقطران الذقنى القمى والصدغى المزدوج هما اللذان يتبعان القطر
العصعصى العائى والقطر الجبجى المزدوج

(الوضع الثانى)
(هو الذقنى الحرقفى الايسر)

اذا التفت الذقن الى الحفرة الحرقمية اليسرى يكون وضع الوجه مناسباً
للوضع الثانى والرائع القمى وهو اقل كثرته من السابق ولا يختلف عنه

الافى كون الذقن يدور الى المسطح المائل المقدم الايسر والقمة الى المسطح الخلفى الايمن اى يكون موضوعا من الامام الى الخلف ويخرج من الدائرة العجانية فالخذ الايسر هو الذى ينخفض فى الابداء حتى يجذ نقطة ارتكاز خلف الفرع العائى الايمن واما الخذا الايمن فينزل به مد ذلك من اليمين الى اليسار فاعلا حركته الارجوحية والاول يكون تحت الفرع الايمن للقوس قبل ان يصل الاخر الدائم على حركته الاولى الى الجانب الايسر للمضيق فالذقن بدخوله تحت الارتفاق يكون مائلا الى اليسار قليلا واما فى الوضع الاول فكان ميله الى اليمين فالقمة بسبب ذلك تضغط على الرباط العجزى الحجبى الايمن اكثر بقليل من ضغطها على رباط الجهة الاخرى المقابلة اذا لم تستند على العصص باستقامة ومجاورة اقطار الحوض فى فوهات لاقطار الرأس ودوائره عند الجهي واحدة وانما حركة الاستدارة يلزم ان تكون هنا سهل قليلا اذا كان حقا كما زعموا ان وجود المستقيم يمكن ان يتعب الحركة فى الوضعين الحجبين القمعدوى الحقى الايمن والجبهى الحقى الايمن فيساهد فى هذا النوع ان الرأس يفعل حركة استدارة اكبر مما فى السابق ويخرج من القرج تابعا للخط الراوى او بالعرض

(الوضع الثالث)

(هو الذقنى العجزى)

هو نادر جدا * اولاً لان الوضع القمعدوى العائى الذى يتولد هذا منه يبعد ان يكون فى نفسه كثير الحصول * ثانياً لانه اذا كان حقا ان هذا الوضع يوجد احيانا او غالباً فى الازمنة الاول من الطاق فان انقباضات الرحم تحوله حالا الى وضع زاوى او مستعرض * ثالثاً لانه اذا استمر زمن اطويلا فان الذقن لكونه بارزا ويحسب كنه ان يستند على الزاوية الهزمية الفقرية بقر القمعدوة على ان تخفض وتقباب فهو مر كالحوض وتصير موضوعة فى الوضع الثالث القمى * رابعاً لان الذقن الذى يلزم ان يكون دائماً اول ما يبدو من القرج لا يمكن كما هو واضح ان ينزل فى هذه الحالة الى الحافة المقدمة من العجان

الاذا كان الجنين سقطا لان الصدر حينئذ يكون جميعه في الحوض مع
الرأس ايضا

وهو ما يمكن حصوله وذلك ان القصة المنتقنة الى الامام او الجانب قليلا
كما في الاوضاع المقدمة للجمعية اذ لم تقلب الى وضع جانبي تقدمت الجبهة
خلف جسم العانة وارتقاها فيزل الذقن حينئذ تحت الزاوية الهزينة
الفقرية والعضلات القطنية وبهذه الكيفية يدخل الرأس كله حتى يجاوز
اليناfox المقدم بالنظر لمسطح الرأس المقدم وحتى يجذب الوجه معه مقدم
الرقبة كله بل ومبتدأ الظهر من الخلف فيفعل القطر القمعدوي الذقني
المجاور ايضا ظهور المضيق حركة انقلاب من اعلى الى اسفل ومن الخلف
الى الامام فالذقن بدخوله شيئا شيا محو عن التقعير وكونه مع ذلك مسوكا
بالصدر الذي لا يمكنه التقدم يقهر الدرر السهمي على ان ينزل خلف العانة
والجبهة على ان تصل الى الجزء العلوي من المضيق السفلي والحفرتان الجبهيتان
الميلتا قليلا حتى يأخذ نقطة ارتكاز على العجان فينزل اليناfox الخلفي
ايضا وينتهي حاله بان يظهر في طرف القوس فيخرج الرأس كما في الوضع
القمعدوي المقدم فينتج من ذلك ان اعظم قطر يجاور مسطحي المضيقين
هو القطر القمعدوي الجبهي ويدخل في اتجاه يكون منحرفا بحيث ان الرأس
لا يوجد حادة الا على دائرة عمرة قراريطها واحد عشر من القممات الحوضية
ولقد خرج الجنين بهذه الكيفية نفسها في مرة من المرات التي شاهدناها بميل
وفي كثير غيره امثلة من هذا القبيل

(الوضع الرابع)

(هو الذقني المعاني)

فلذلك كما رأينا سابقا ان الوضع الذقني المعاني نادر الحصول في ابتداء الطلق
ولا كذلك في الاخر لان به ينتهي الوضعان الاصليان وكيفية حصوله
ليس فيها عسر زيادة عما يوجد في غيره فلذلك لا حاجة لاطالة الكلام عليه

قد علمت ان جميع اوضاع الوجه ممكنة الحصول ويمكن الولادة بها بدون استعانة بأشياء خارجية

(تتمة)

قد يتفق في العمل وجدان اوضاع لا تناسب لاوضاع القعدوة ولا لاوضاع الوجه الحقيقية ففي بعض الاحيان قد ينزل الرأس بنصف انقلاب بحيث ان الذي يجاور اقطار المضيقين ليس هو القطر القعدوي القمى ولا الجبهي الذقني وانما هو القطر القعدوي الجبهي ودائرته او القطر القعدوي الذقني وان كان ذلك الاخيرة نادرة وتارة يكون الرأس مثلثيا جدا فيظهر جزء من القفا مع جزء من القعدوة وكثيرا ما يتفق ان للذي يتقذاولا هو الاذن والصدر

(الجزء الثاني)

(في الولادة السهلة الغير الطبيعية اى الجبهي بالحوض)

تحصل نسبة عشرة لمايتين وثمانية وقيل غير ذلك فالطرف الحوضي للجنين يشتمل على القدمين والركبتين والمقعدة فاذا جاء احدهما اولاجاز ان تحصل الولادة بنفسها كما هو الغالب لكن لا نقول ان ذلك طبيعي كما قال الغير ولا ان الولادة بالقدمين تكون دائما خطيرة حتى يلزم توصيل الرأس الى المضيق لان ترك القدمان لتخرج اولانهم ينبغي ان تتوافق اقله على ان هذه الولادة تكون اعسر من الولادة التي تحصل بالطرف الاخر للقطر الرأسى العصبي

الاخطار اعترف القوابل بان الاطفال الذين يولدون امواتا بهذه الكيفية اكثر من الميتين في الولادة بالجمجمة فان ثمانية واربعه اولاد جاؤا بهذه الكيفية ولد منهم خمسة وثمانون ولدا احياء بصحة جيدة والباقيون ولدوا امواتا ومن ثمانية وثمانين وتسعين ولدا جاؤا باوضاع القمة ولد ثمانية وثمانية وستون ولدا احياء والباقيون امواتا وسبب ذلك ان الانظمة والشكل المستدير والمقاومة التي توجد في الرأس عند دخوله في فوهات الحوض بعد تمزق الاغشية لا توجد في الطرف الحوضي للجنين لان تأثير هذا الطرف

في توسيع عنق الرحم ضعيف جدا فالرأس اذا جاء اولاً تؤثر فيه انقباضات الرحم
بتوسط العمود الفقري كما تؤثر على جسم صلب * واما الطرف الحوضي فانه
لين رخو قابل للانشاء فينقادوكا انه ينهرس على نفسه والرأس هو الجزء الاكبر
حجماً والاحسن تهيئة لتحمل كل نوع من الضغط ويبرز اولاً في الاوضاع
الجمجمة واما في الاوضاع الحوضية فبالعكس اي ان الذي يتقدم انما هو رأس
المخروط بحيث ينزل الجنين ببطيء يزيد كلما كان الطلق اكثر تقدماً وفي الحالة
الاولى ينزل باقي الجسم بعد خروج الرأس فلا يخشى حصول ضغط مغم
في الصدر والبطن واما في الحالة الثانية فان البطن والصدر الملتزمين بأن يقهرا
مقاومة العنق لا يتحملان هذا الضغط مدة لحظات بدون خطر الانادرا
فالكبد وغيرها من الاحشاء البطنية يلزم ان يؤثر على الاوعية الغليظة فتسبب
جدا دورة الدم في الحبل السري المنضغط بالصدر وكذا احركات القلب بل قد
يتعطل ذلك بالكلية وفي الولادة بالرأس تكون السلسلة الفقرية بمثابة فرع
طويل من رافعة ترتكز عليه الرحم بقوة الى نهاية الطلق وفي المجيء بالطرف
الحوضي يكون الرأس خالصاً عن معظم الانقباضات الرجمية قبل ان يتقدم
المضيق العلوي فتخسر الرحم جميع منافعها بخلاف المجيء بالطرف الحوضي
فان الرأس لا يتأثر من تلك الانقباضات قبل نفوذه من ذلك المضيق فتفقد
الرحم جميع منافعها في اللحظة التي تحتاج فيها السلك قواها وايضاً فان الضغط
المتوالي الذي تصكبه الاعضاء من اسفل الى اعلى يدفع الدم نحو الرأس
فيسبب الاحتقان المخي الذي يوجد غالباً في الاطفال الذين يولدون بالاقدام
الا ان ذلك ناشئ كما قال بعضهم من فعل الهواء البارد التي يضرب جذع الجنين
قبل خروج الرأس

الاسباب * هي غير جيدة المعرفة نهاية ما يقرب للعقل انه قرب الزمن الذي يبدأ
فيه زيادة القطر القمعدوي العصعصى على الاقطار المستعرضة او الافقية
للرحم قديماً للطفل الذي ذهب رأسه الى اعلى بسبب حركة عنيفة او استلقاء
من الام او سبب آخر ان لا يقدر على الرجوع لوضعه الاول وكذا من المحقق

فقدنا الآن ان الجهي بالطرف الحوضي يكون اكثر في السقط والتواء
واوضاع الطرف الحوضي يصح ان تميز كاوضاع الرأس الى اوضاع منتظمة
واوضاع غير منتظمة وازايغة ففي الاوضاع الاول تكون الفخذان موضوعتين
على البطن والساقان منفتحتين على الفخذين واما الالبتان والرجلان فتجبي
مع المضيق العلوي والمحور العظيم القمعدوي العصعصي يكون موازيا لمحور
الدائرة الحوضية وفي الاوضاع الاخر يفتحي الجنبين كثيرا او قليلا الى اليمين
او اليسار والامام او الخلف والذي يكون مجاورا للمركز الحوض هو الوجه الخلفي
للموضع او احدى الحدين الجببتين او مقدم الساقين او الاعضاء التناسلية
والعادة ان هذه الاوضاع تحول الى الاوضاع الاخر عند ما تسيل المياه واحيانا
تبقى حافظة لحالتها مناسطو بلا قبطي الطلق وتعارض في بعض الاحوال
امكان حصول الولادة من نفسها

والاوضاع المنتظمة قد تصير اوضاعا غير منتظمة اما لان القدمين تبقيان على
نزولهما مستندتين على الالبتين او لان احدى الساقين ترتفع على المسطح
المقدم للبدن عند ما تمسك الاخرى وتنزل او لا وان احدهما تكون موضوعة
بالعرض بحيث ان الركبة والعقب يستند كل منهما الى نقطة من المضيق
يعلم انه لاخر او ان احدى الركبتين تنزل مع قدم او اليه وان احد الطرفين
السفليين يكون مقلوبا الى الامام كلا اوجه اوالاخر يكون مقلوبا الى الخلف
وان هذه الحالة الاخيرة توجد مع ركبة او قدم فقط او مع قدم وآلية معا وغير
ذلك لكن الغالب ان تبقى هذه الاوضاع المنتظمة الى آخر الطلق فتتمد حينئذ
للفخذين وتخرج القدمان اولا وقد ترتفع الاطراف وبأني الطفل منفتحا على
بالتيه معا وقد يتق ايضا ان تنزل القدمان والالبتان معا واحيانا اخر تنخفض
الركبتان معا وحدثا بخلاف القدمين فتبقيان حينئذ موضوعتين على
على الحدين الجببتين فيقوم من ذلك ما يسمى بالجهي بالركبتين فينتج من ذلك
انه في الحقيقة لا توجد اوضاع اولية للقدمين ولا للركبتين وانما يوجد اوضاع
للمعدة الى وقت تفرق القرن الامنيوسى فلذلك ينبغي ان لا تعتبر هذه الانواع

المختلفة من الاوضاع الا اشكالا لنوع واحد اصلى وهو الجهي . بالطرف
الحوضى للجنين

(الفصل الاول)
(فى الجهي . بالقدمين)

يسمى عند العرب باليتين بمنزلة تحتية ثم فوقية ثم نون . قال فى القساموس اللتين
ان يخرج رجلا الجنين قبل يديه انتهى وهو يحصل بنسبة ثلاث وعشرين
لالف وثمانماية والخطر الذى ذكرنا انه يحصل من الولادة بالطرف الحوضى
انما ينزل على الخصوص فى الجهي . بالقدمين والجنين حينئذ يكون شديدا
فى هذا الوضع بخروط او بحلور حاد جدا ينزل من رأسه الى قاعدته والقرن
الذى يكون عموما اقل انتظاما واكثر استطالة منه فى غيره . يتزق فى معظم
الاحوال قبل ان يتم اتساع العنق ويجعل انضغاط الطفل آخذا فى الزيادة
بدون انقطاع من منشأ الاطراف البطنية الى اعلا الصدر فالاحشاء تدفع
من اسفل الى اعلى بقوة وبالجملة فالخرققتان والبطن والصدر هى التى توسع
اعضاء المرأة وتفتح طريقا للرأس فلو كان التجويضان البطنى والصدرى
مكونين من عظام صلبة وكان طول الاقطار الانفية لهما كطول الاقطار
الرأس لتحملا لضغط العنق الرحمى عليهما مع قليل خطر للطفل غير ان الامر
لا يكون كذلك دائما

والاسباب التى تؤدى لموت الجنين فى الولادة بالقدمين قد شُرخت فيما سبق
فما انصباب دم فى الجمجمة فالسائلات التى تذهب من اسفل الى اعلا تدريجا
تحدث فى القالب احتقاناً عظيماً فى الرأس نعم لاشك ان هذا خطر حقيقى لكن
ليس هذا هو الخطر الوحيد ولا الرئيس فان انضغاط الحبل السرى على الصدر
اولا من عنق الرحم ثم على الحوض بعد ذلك بالرأس يوضح كيفية هذا
الاحتقان ويضاف لذلك انفصال المشيمة قبل خروج الجنين بزمان اطول
من انفصالها فى الولادة بالرأس والانضغاطات الحشوية او الوعائية التى سلف
ذكر شئ منها وبها يوضح التغير الذى يعرض للدورة والعوارض التى تنجم

(النوع الاول)
(الوضع العقبي المقدم)

(الصنف الاول)
(يكون القطن فيه من الامام واليسار)

هذا الوضع الاول للقدمين يكون فيه المسطح المقدم للجنين ملتقنا الى الخلف واليمين والالية اليمنى ملتقنة نحو الارتفاع العجزي المحرق في الايمن والالية اليسرى لجهة التجويف الحق الايمن فينتج من ذلك انه اذا كان وجود المستقيم هو السبب الرئيس للكثرة النسبية للوضع الاول الجعبي لمزم ان يكون الوضع الاول للقدمين اقدم من الثاني مع ان المشاهد العكس لان القابلة توافقنا شاهدت في مائتين واربع وثلاثين ولادة بالاقدام ان الوضع العقبي الحق الايسر منها كان مائة وخمسة وثلاثين ثم ان العقبيين القرييين كثيرا اوقليلا للحدبتين الخجيتين لا يندخلان في العنق حقيقة بعد انقجار القرن الا وقت سيلان الماء بل بعد ذلك احيانا فاذا لم ينفجر القرن لا بعد اتساع الفوهة اتساعا مناسبنا فان للساقين والفخذين تتبع القدمين حالا وعقب ذلك بدون توان تصل الالبتان الى القرج بعد تقوذهما من المضيق العلوى تابعتين الخط الزاوي واما في الخللة المتخالفة لذلك فان جميع هذه الاجراء لا تنزل الا تدريجيا ببطيئا كلما تكرر الوجود وللعادة ان حوض الجنين قبل دخوله في المضيق السفلي يفعل حركة استدارة على المسطحين المائتين المقدم الايمن والخلفي الايسر للتعبير فالالية اليسرى تأتي وتلا قوس العانة حينما تنزل الالية اليمنى على قفوس العجز فالطفل كله يهني على جانبه المقدم والايسر

والالية اليمنى تتقدم شيئا فشيئا بهيئة حركة انقلاب من الخلف الى الامام فتضغط وتطيل العجان وتخلص من حافته المقدمة * واما الالية اليسرى فتبقى حينئذ واقفة بدون حركة في طرف القوس * ثم يأتي البطن ويقتد من العنق ارحميا واما الالبتان اللتان صارتا خالصتين في الخارج فيأخذان اتجاههما الاول بان

تفعلا شبه حركة رجوع تذهب بالالية اليسرى الى اليمين والاليسية اليمنى الى اليسار والمرفقان المنضغطان على جانبي الصدر وامامه قليلا يتقادان لانتقباضات الرحم ويذهبان مع الصدر للتغير

او المنكبان يتبعان الصدر في النفوذ من القووة البطنية للعرض حيث يقيان موضوعين في نفس الاتجاه الذي سلكاه في ابتداء الطلق اعني الاتجاه الزاوي فالايمن يكون امام الارتفاع العجزي المرفقي الايسر والايسر يكون خلف التجويف الحق الايمن ثم انهما أسفل المضيق تحصل فيهما نفس الحركة التي حصلت للاليتين حتى يكونا حالا كما كان هاتان الاليتان في الاتجاه المقدم الخلفي

وبعد ذلك فالرأس المنثنى جلدا يتبع اعلى الصدر فينفذ ايضا ورأس شكله البيضاوي هو الذي يتقدأولا وقطره القمعدوي الذقني يجاوز محور المضيق الذي مسطحة بهكون حالا موازيا للدائرة القمعدوية القسمية والقطران الجداري المزدوج والقمعدوي القمي يجاوران القطرين المتصرفين واما مجاورات الرأس للدائرة الخوضية العليا فانها مثل ما هي في الوضع الاول الجسمي انما الفرق هو ان الذي يتقدم اولاليس هو الطرف الكبير للمخروط الرأسي بل هو الطرف الصغير والذقن والوجه وقاعدة الجمجمة لا البيضاوي العلوي ولا القمعدوية وان الجدار الايسر بدل ان ينزل قبل الاخر كما يستدعيه الوضع المقدم اذا جاء الجنين بالرأس يأخذ محل الجدار الايمن فيقف بسرعة خلف العانة فيذهب الجانب الخلفي للجمجمة الى عمق التجويف

فينفذ يشاهد في الخارج اصل الجبيل السري والبطن وجزء من الصدر فيظهر المرفق الايسر في قمة القوس العالني واما المرفق الايمن والعضد والمنكب الايمان ايضا فتزلق شيئا فشيئا على العجز والعجان حتى تظهر على التتابع امام المجمع الخلفي للفرج الذي يرفع جذع الجنين بقوة فتوحجبل الزهرة والغالب ان المنكب المقدم لا يخرج بالكلية الا آخرامع ان المرفق المحاذي له يظهر اولالا من الخارج ثم بعد ذلك حالا اذا لم يكن الطفل همسوكا يسقط بثقله الى الخلف

مستند على الحافة المقدمة للجمان فتصل بالانوع حركة رجوع تأخذ
 المنكب اليسرى الى الجنب والمنكب الايمن الى اليسار والقطر الاخرى المزدوج
 يخالص من جديد على زاوية قائمة القطر القمعدوى القمى
 ومق وصل الرأس للتصغير دار على المحور القمعدوى الذقنى ليوصل الوجه
 الى الخلف والتقاء القمعدوة الى الامام فينزلق طرفا المحور القمعدوى القمى
 من الجنب الى اليسار ومن الامام الى الخلف على السطح المائل الخلفى الايمن
 ومن اليسار الى الجنب ومن الخلف الى الامام على السطح المائل المقدم اليسرى
 كما فى الوضع الاول للقامة لاجل ان يضع نفسه ذلك القطر فى اتجاه القطر
 المعصمى العالى فالرحم حينئذ لا تقدر ان تؤثر بذاتها على الرأس الذى يكون
 كله او بعضه فى المهبلى غير ان التعنى الناتج من الضغط على المستقيم والمنانة
 يلزم المرأة بان تجمع جميع قواها وتنشط فتأى انقباضات عضلات البطن
 لتعين الرحم التى ضعفت قوتها فتقوم مقامها فى الاعمال النشطة ثم تؤثر القوة
 الدافعة كلها على القمعدوة فلاجل ان يوافق القطر القمعدوى الذقنى محور
 المضيق الجفانى يفعل على التدريج حركة ارجوحية تقرب اليافوخ المقدم
 للوجه المقعر الذى للعجز وبها يدفع الذقن الصدر نحو الارتفاق العالى واما
 القفا المستند على قبة القوس العالى فانه يوجه الرأس اتجاهها مقوسا بحيث
 يظهر من الفرج على التعاقب واحد بعد الآخر من الامام الى الخلف الذقن
 والجبهة واليا فوخ المقدم ثم بعد ذلك تبرز القمعدوة من اعلا الى اسفل فيخرج
 بذلك من الحوض وبذلك تتم الولادة

(الصنف الثانى)

(يكون القطن فيه من الامام والجنب)

وهو بنسبة ست وثمانين لما بين واربعة وثلاثين وضعا من اوضاع القدم فى
 الوضع العقبى الملقى الايمن يتجه اخضر القدمين ومقدم الساقين وجميع المسطح
 المقدم للجنب الى اليسار والخلف والجانب الايمن يكون من الامام واليسار
 فالقدمان والساقان كما فى الوضع السابق لا تنبسط ولا تنفع فى القوة

الوحشية الابدع انفجار القرن والاليتان والعضدان والمكب ان تحذف
من المضيقين وتأتي للفرج بالكيفية السابقة اعني انها تنفذ من المضيق العلوي
على خط الزاوية ومن المضيق السفلي من الامام الى الخلف وانما حركة الاستدارة
تحصل من اليسار الى اليمين لا من اليمين الى اليسار والاعضاء التي تأتي وتأتي في
القوس العاني هي الالية اليمنى والمكب الايمن لا الاجزاء المقابلة لها من الجانب
اليسر والمسطح البطني للجنين يلتفت الى اليسار فيأخذ محل المسطح الخلفي
الذي يلتفت حيث تنفذ الى الحفرة الحرقمية اليمنى واما القطران القمعدوي الذقني
والجداري المزروج والقطر القمعدوي القعي والدائرة القمعدوية القمية فتحتفظ
بمحاورهما مع المحور والقطرين المنحرفين ومسطح المضيق العلوي ومع المحور
والقطرين العصص العاني والحجي المزروج التي للمضيق السفلي لكن الوجه
والجبهة يلتزمان بان ينزلا على مقدم الارتفاق العجزي الحرقني اليسر وتعمل
الحركة الاستدارية على السطح المائل الايمن والخلفي اليسر وبالاختصار
فالوضع الثاني لا يختلف عن الاول الا كاختلاف اليد اليسرى عن اليد اليمنى
فكيفية الحصول في احدهما مماثلة لما في الاخر فمن السأمة اطالة الكلام
هنا على ذلك

(الصنف الثالث)

(يكون القطن فيه من الامام باستقامة)

ونسبته لعدد الولادة بالقدمين مطلقا كنسبة سبعة او ثمانية الى مائةين واربعة
وثلاثين فهناك امثلة موجودة منه في كتب المؤلفين وبالجمله فشكل المضيق
لا يمنع هذا الجهي فان الحوض عريض من الامام بحيث تدخل فيه الاليتان
بالعرض والزاوية العجزية التقريية يمكن ان تتخذ لها محلا بين الفخذين او الاليتين
المنتنيتين او الممتدتين من الجنين والبطن والصدر يسهل انخفاضهما فلا يحصل
منهما عائق لهذا الوضع والمكببان ينقدان ايضا بسهولة كالاليتين من المضيق
موازيين لقطره المستعرض ولما الرأس فانه وان كلب في نفوذ في التقعر
من التعسر مثل ما يكابده في الوضع الثالث في الجهي . بالجمعة الا انه مذكر

ان لا يزوغ

لن لا يروغ الى عين او يسار التواء العلفي فهذا الوضع في مدة سير المطلق يتحول
 غالباً بل دلتنا في الاثناء الى الوضع الاول او الثاني فتارة يكون ذلك عند وصول
 الحرقتين الى المضيق العلوي وتارة يبقى ذلك الوضع الى دخول المنكبين فيه
 وتارة لا يتحول الى الوضع الزاوي الا وقت نزول الصدر كله في التقعير وقد يتفق
 ان لا يتحول اصلاً فينتدب شاهد احد شيئين اما ان الاليتين والمنكبين والرأس
 لا تدور على محورها لا في المضيق البطني ولا في التقعير ولا في المضيق السفلي
 وحينئذ يكون ظهور الجنين في خارج الحوض كلفي داخله ملتقاً دائماً
 الى الامام وليس هناك حركة استدارة في الباطن ولا حركة ترجوع في الظاهر
 واما ان الاليتين والمنكبين التي دخلت في المضيق السفلي بالعرض تضع انفسها
 من الامام الى الخلف لتنفذ من الفرج بخلاف الرأس فانه ينزل باستقامة بدون
 ان يدور على محوره

(النوع الثاني)

(الوضع العقبى الخلفي)

هو يحصل بنسبة واحد مئتين وثلاثين ولادة بالقدمين ففي حالة التكبيب التي
 يوجد عليها الجنين عادة يكون الاخص ومقدم الساقين والجهة والمسطح
 البطني للبدن متجهة الى الامام والطرفان السفليان اللذان يمتدان بسرعة
 ويبسطان بالانقباضات الرجمية يتفدان من المهبل ويصلان الى الفرج
 وتبعاً لهما الاليتان غير ان احباً انهما من المضيق العلوي في اتجاه القطر الخرفي
 المزدوج والغالب ان يمر في اتجاه قطر من الاقطار المنحرفة او اقرب بعد
 ان ينفذ احداهما قليلاً الى الامام والاخر الى الخلف اذا كانتا قبل ذلك
 موضوعتين بالعرض واما في التقعير فتدخلان في المضيق البطني تارة في اتجاه
 الخط الخرفي المزدوج وتارة تتبعان القطر المنحرف واكثر من ذلك ان يكون
 هذا بعد ان يكونا موضوعتين احدهما من الخلف والاخر من الامام
 ثم يحصل في العضد والمنكبين مثل ما حصل في الاليتين ويندزان لا تفعل هذه
 لاعضاء حركة استدارة قبل ان تنفذ من الفرج حتى ولو حصل فيها الوضع

المستعرض فان هذه الاجزاء بعد اندفاعها بالخافة المقدمة للجمان وخروجها
اولا فاولا ترتفع جهة جبل الزهرة وان الجنين لاجل ان يتوافق مع تقوس
الحوض والاجزاء التناسلية ينثني على هيئة قوس مستطيلة جدا محدبة
من الخلف ومقعره من الامام كما في الوضع الامامي وان الارتفاق تحت العانة
يظهر اولاً في الجزء العلوي من الفرج غير ان العضد والمنكب المتضالعين
المدفوعين على الخصوص بالحركات القوية للرحم يسيران من الخلف
الى الامام على القسم الخلفي ويعرزان اولاً من الحوض ثم ترجع حافة الجمان
على الرقبة كما انهم تسمح البذع بان يسقط على الشرج والمنكب الاخر بان يبرز
من اسفل العانة ثم يدور الظهر من جديد الى الخلف بحركة تشبه حركة الرجوع
وذلك يضع احد المنكبين على اليسار والاخر على اليمين سواء كان ذلك
باستقامة او على خط زاوي ولا يتأني دخول الرأس بدون ان ينثني انثناء عظيماً
فمن جهة نزوغ القمعدوة غالباً نحو احد الارتفاقين المجزيين الحرقبيين
ومن جهة اخرى يكون القطر القمعدوي الجبهي بل الرأس كله رافعة
من النوع الاول طرفها المقدم يتحمل على الخصوص فعل القوة الدافعة
وينتهي حال الذقن بان ينخفض بعد ان كان ممنوعاً بالصدر من ذلك وحال القطر
القائم بان يوجد موازياً لمحور المضيق ثم تأتي الجبهة واليا فوخ المقدم احدهما
بعد الاخر ويختفيان خلف العانة وبموجب ذلك تجاور الدائرة القمعدوية
القمية مسطح حافة الحوض كما في جميع الاوضاع الامامية

وفي تقعر الحوض ينزل الرأس على الاسطحة المائلة فيه يكون موضوعاً
من الامام الى الخلف ثم ينزل بقسراً كثر مما اذا كانت القمعدوة من الامام
والصدر الذي يكون من الخلف يعارض انخفاض الذقن واما القطر القمعدوي
القمي الذي طوله ثلاثة قراريط ونصف فن حيث انه لا يمكن ان يتوافق القطر
المقدم الخلفي الذي للقمع ونظيره الذي لقمة الحوض بيد بالقطر القمعدوي
الجبهي الذي اقل سعته اربعة قراريط واما الوجه والجبهة خصوصاً فهما
لكونهما معرض واسوء تهينة لا يتوافقان بالضبط مع شكل القوس العاني

بجذلاف النفا والمقصودة وأما المنسكان فلا يخرجان بالسكية الأبعد مجي.

الذقن للفرج

وبعد اندفاع الصدر والطرفين العلويين ينزل الجزء الخلفي العلوي من الرقبة من الامام الى الخلف على الحافة المقدمة للجمان كانه يدور على محور فيبرز الانف والجمجمة واليا فوخ المقدم وباقي الرأس ايضا على التسايغ دافعة تلاب الاجزاء الصدر الى الخلف

(خاتمة)

(فيما تفيها تعلق باوضاع القدمين)

كيفية حصول الاوضاع الخلفية اقل واصعب من حصول الاوضاع العقبية المقدمة فان الذقن والجمجمة اذا استندت على الحافة العليا للعانة كانت حركة انثناء الرأس ممنوعة او مقفودة والقطر القمعي والذقن او المقصودى الجبهي ودائرته يأخذان محل الدائرة القمعية فينثندا لحصول الولادة بدون استعانة بالبعسر وقد غلط من قال لا بد في جميع الاوضاع الخلفية للقدم من الاستعانة بالصناعة مع ان البنية الطبيعية اذا تركت ونفسها كان فحاجها عموما اكثر من الاستعانة بقوة غريبة فتثنى الرأس وتضعه وضعا زاويا في المضيق العلوي وهذا الوضع يتحول في معظم الاحوال بنفسه الى الوضع المقدم اما فجأة عند ما يصل الرأس للتعفير واما تدريجيا كلما تقدمت الاليتان والمنسكان والرأس نفسه

وفي جميع اوضاع القدم تفعل الاليتان والمنسكان في العادة حركة استدارة قبل ان تدخل هذه الاعضاء في المضيق السفلي خلافا للبودلول القائل بعدم حصول هذه الحركة اصلا وعلى رأى متأخرى القوا بل بالعكس اى ان الاليتين والمنسكين لا تخرج من الفرج الا في اتجاه القطر العصى العاني والرأى المتوسط من هذه الاراء رأى القابلة لتسهيل وهوان حوض الجنين والجزء العلوي من صدره يتقدان من المضيق السفلي بالاتجاه المنحرف او الزاوي لا بالعرض ولا بالاتجاه المقدم الخلفي الحقيقي

واما الذراعان في الولادة بالاقدام قصيل انهما يرتفعان على جانبي العنق والرأس وقيل يبقيان على وضعهما على الصدر فيضربان قبل المنكبين كما شوهد ذلك كثيرا لكن اذا كانت الرحم وحدها المساعدة باقتباضات عضلات البطن هي القائمة بدفع الطفل تكون جميع اجزائه مدفوعة الى الاسفل في آن واحد بحيث انبتكبيها وانضغاطها ببعضها به سرارتفاع واحد منها اذا نزل الآخر فالرحم من حيث انها كما تنقبض من قعرها نحو عنقها تنقبض ايضا باستدارة من اعلى الى اسفل كما الحركة اليدانية او بحركة انقباضية استدارية لم يحصل خطر في استناد المرفقين والذراعين على الحافة العليا للجرح

(الفصل الثاني)

(في المجيء بالركبتين)

يحصل بسبب اربعة الوضعية لعشرين القاموس وهو مشابه للمجيء بالاقدام فلا حاجة للاطالة الكلام في كيفية حصوله فسواء كانت الساقان منبسطتين او متباعدتين على الفخذين ليس خروج الطرفين السفليين من عنق الرحم ومضيقي الحوض في احدى الحالتين اقل سهولة من الاخرى فم يصح ان نزولهما اقل سرعة في الحالة الثانية منه في الحالة الاولى اذا انكسر القرن قبل ان يتم اتساع العنق فانصل الركبتان الى الفرج الا وتبسط الساقان فعند ذلك تتم الولادة كما تتم في الولادة بالاقدام

فالركبتان تأتي اولاً ملاكونهما ينبطان بواسطة حركات الطلق او بالنفث على العضلي فيدخلان في تقعر يتكون من طرف القرن وقت انفجاره واما الانهما في هذه اللحظة يدفعان بالسائل عوضاً عن انقذمين لكون هذين ابعد عن مركز الفوهة منهما واما لان المقعدة التي جاءت اولاً تصعد بعد ذلك الى الاعلى مع القدمين من تأثير انقباضات الرحم فيسهل للركبتين ان تنحصرن وحدهما في العنق واما لان الساقين بعد سيلان الماء حصار تام موضوعتين بالعرض اعلى عن الفوهة الرحية او موقفة في نقطتين من المضيقين متعارضتين وبالجمله حصار من المعلوم انه يمكن ان ينزلا معاً واحدهما فقط مع قدم بدون ان يتغير سير الطلق

في العرض والصلابة بقية اجزاء الطفل ما عدا الرأس
ثم ان المؤلفين اختلفوا فيهم من قال ان الولادة بالاليتين احسن من غيرها بعد
الولادة بالرأس وانما اقل خطرا ومنهم من قال ان اكثر الاولاد الذين ينزلون
بالاليتين يموتون عادة وان تلك الولادة اعسر واشد لما من الولادة بالقدمين
ونقول ان الطلق في الولادة بالاليتين يسير في الغالب يبطئ حتى يتقدم من العنق
بل احيانا حتى يتقدم من الفرج واما المجيء بالقدمين او الركنيتين فيظهر
في الابتداء ان انتهاء الولادة يكون فيه سريرا والامر ليس كذلك وانما الاسرع
يكون في المجيء بالاليتين فان الظاهر ان في الحالة الثانية تتابع بعد ذلك فنتج
تأثيرا يكون اقل كلما قرب الخدع للاندفاع التام واما في الحالة الاولى فانه متى
نزات الحرقمتان في المهبل فان الباقي يخرج باسهل ما يمكن وانما نهت
على ذلك ليعلم انه لا ينبغي من اول الامر اذا جاء الطفل بالطرف الخوضي ان
تقتض القدمان بالصناعة بقصد منع دخول الاليتين اولا قبل ان يحصل
اتساع العنق

ثم ان بودولون ذكر اربعة اوضاع للمجيء بالقدمين ووزعها كما
هي هناك وفلامان ذكر ثمانية وقابرون ذكر اربعة كما في الرأس وينبغي ان نقول
ان راحة المقعدة ولينها في النساء الممتعين بقليل من القوى النفسانية والعضلية
تزيل اعظم جزء من الحركة الواصلة الى سلسلة الطفل من الرحم التي ينتهي
حالتها في الغالب بان تصير عديمة الحركة من نفسها الى خادمة وحينئذ فيخشي
حصول خطر اذا تركت الولادة ونفسها وايضا في الاصناف الثلاثة المقدمة
تكون الاعضاء الظاهرة التناسلية من الذكورة معرضة للاحتكاك بقوة في التواء
البارز ولذلك لا يندر ان يوجد الصفن مملوءا بكدم اسود ومرضوضا في المولودين
جديدا الذين جاؤا بالمقعدة

ثم ان الاليتين سواء نفذتا من المضيق العلوي باتجاه مستعرض او باتجاه منحرف
وسواء كان الظاهر الى الامام او الى الخلف يكونان غالبا موضوعتين في التقعير
من الامام الى الخلف وقد يحصل فيهما انتفاخ بسبب ضغطهما على بعضهما

وينفتح الصفن في الصبيان ايضا ويحصل فيه ارتشاح

(النوع الاول)

(الوضع العجزي المقدم)

(الصنف الاول)

(الوضع العجزي المقدم الايسر)

يسمى هذا الوضع بالوضع الاول وفيه تدخل الاليتان بكيفية دخول الجداريين في اوضاع الجمجمة فالالية اليسرى التي تنخفض اولاً تأتي وترتكز على العانة اليمنى ثم تنزل الالية اليمنى الى الخلفية وتجتاز جراً عظيماً من التقعير والاولى تدخل بافتحراف في طرف القوس والاخرى تصل على التدريج الى الحافة المقدمة للجمجمة والخرقتان متى خرجتا خرج الطرفان السفليان والولادة ترجع الى الوضع الاول القدي

(الصنف الثاني)

(الوضع العجزي المقدم الايمن)

يسمى بالوضع الثاني فقط فاذا كان ظهر الجنين ملتقفاً الى الامام واليمين وجاء الاليتان في اتجاه القطر المنحرف الايسر فان اليمنى منهما هي التي تبسداً في النزول وتأتي حتى تسند خلف العانة اليسرى واما اليسرى فتدخل بقوة في التقعير وهي التي تظهر اولاً تحت الفرع العاني الايسر حتى ان الالية الخلفية يمكنها ان تنزلق امام الرباط العجزي الخفي الايمن او العصعص والجمجمة ثم يخرجان من القريج معاً وتنتهي الولادة كما في الوضع الثاني للاقدام

(الصنف الثالث)

(الوضع العجزي المقدم باستقامة)

يسمى بالوضع الثالث فاذا بقي المسطح الظهري للجنين من الامام دخل الاليتان يقيناً بالعرض ويمكن ان يخرجوا هكذا من المضيق السفلي ومع ذلك فالاغلب انهما يزوغان قليلاً ويأتیان للفرج على خط زاوي كما في احد الاوضاع السابقة

وضعهما المستعرض في المضيق السفلي ليس فيه خطر الا تعرضهما الصقن
للاحتكاك والرض الشديد في جزء من العنصر

(النوع الثاني)

(الوضع العجزي الخلفي)

يسمى بالوضع الرابع فالسطح المقدم للجنين من حيث أنه متجه الى الامام
في الاشكال الثلاثة للممكنة للوضع الرابع يكون تعرض الصقن فيه للرض
اقل وبسبب ذلك كانت تلك الاشكال تنفع من الاوضاع المقدمة وبالاختصار
فالابسان يدخلان حيث نبدأ العرض او على خط زاوى بحيث يسديان في الغالب
دوران المنكبين ثم الرأس ويعينان على تحويل هذا الوضع الى الوضع المقدم
والى هنا تم مجتأ الاوضاع اى الاشكال التى يأتى بها الجنين للقوهات وقد
ذكرنا في الاوضاع جنسان احدهما في الوضع الطبيعى والثاني في الاوضاع
الغير الطبيعية وهما في الحقيقة فصلان من فصول الباب فلتعتبرهما كذلك
ونفتون عن ما يأتى بالفصل الثالث وتقول

(الفصل الثالث)

(في وظائف القابلة في الولادة السهلة اى التى تحصل من ذاتها)

اذا تودى الطبيب المولد لامرأة تظن ان معها طلقا فلا يحطوا ما ان يكون واقفا
بحالته من زمن طويل واما ان لا يكون بينه وبينها معرفة سابقة في الحالة
الاولى عليه ان يبحث ليعرف هل ابتدأ معها الطلق يقينا او لا وفي الحالة الثانية
كثيرا ما يلزم استفسال الحالة بلطف بلن يتدأ معها بموضوع من المخاطبات
المواهية التى تعرفها جميع الناس حتى يتوصل الى الموضوع الاصلى له فيسأل
عن الحمل والاعراض التى تعصبه وهل هذا اول حمل للمرأة او وقع لها قبل ذلك
ثم يبحث عن حالة صحتها الاعتيادية والامر اض التى سبقت لها

(المبحث الاول)

(في التشخيص)

يسهل عند الناس ان يعرف هل مع المرأة طلق ام لا في اول ولادة للمرأة حيث

لا مقابلة بينها وبين غيرها حيث نذكر كثيرا ما يقع الخطأ فيما يحصل لهما بل قد يقع
الغلط أحيانا في الولادة للنسائية لوالثلاثة أو الرابعة فطما حصل الجزم بالطلق
الحقيقي ثم انقطع ولم يأت الا بعد شهر أو ستة أسابيع وطما مكنت المرأة على سرير
الولادة حتى بين يدي الحكيمة ايضا ثم تحقق ان حملها لم يتم الا بعد جملة شهرين
فقد وقع ان امرأة في تاسع حمل لها احسست باوجاع قطنت ان الحمل انتهى
وقالت عليها جملة من القوا بل فقال احدهم ان القرن قد تكون وطن الا شعر
ان الرأس دخل في العنق والثالث لم يجد عنق الرحم والرابع قال لا بد من
وضع جفت الولادة قال المواقف فنودى لي في اليوم الخامس فوجدت
العنق كما يكون في السابع من الولادة ووجدت الرحم مضروفا انحرافا اماميا
فأكدت ان الطلق لم يندأ الى الآن وانه لا يتبدأ الا بعد شهر فوضعت
لها حزاما عريضا حول البطن ثم بعد شهر جاءني تلميذ كان مباشرا للمرأة
فقال لي ان العنق اتسع وان الولادة قاربت الحصول فبحثت في المرأة فوجدت
ان الطلق لم يندأ ولم تحصل الولادة الا بعد ذلك بشهر فن المهم في هذا الباب
الحذر من اسباب الغلط وهذا سهل على من عنده بعض معارف في علم الولادة

(المطلب الاول)

(في الاوجاع)

اوجاع الولادة المسماة بالاوجاع الصادقة متقطعة منفصلة عن بعضها بافتترات
يؤتا خذ في قصر المدة وتزايد الشدة تدريجيا وتعود في ازمة منتظمة ولا يعجبها
حساسية في البطن اى الآلام ولا حرارة في الجلد ولا حمى وتذهب من حوالى
السبعة وتنتهى في الحوض او الخصايرتين

ولما الاوجاع الغريبة عن الولادة وتسمى بالاوجاع الكاذبة فهي مبهمه غير
منظمة فتارة تكون زائدة الحدة وتارة خفيقتها ولا تنقطع بالكيفية وتزيد
بالضغط ويصعب في الغالب حمى او تكدر في بعض الوظائف وتعلن باصابة المعدة
او الامعاء او الكبد او الرئتين او المثانة او غير ذلك من الاعضاء المحوية في البطن
ويجوزها كاذبة لانها غريبة بالكيفية عن الولادة وتظهر في الحبالى كما في غيرهم

ونكفي الذكور أيضاً فلا تشبهه بالاجاع الصادقة التي تنشأ من انقباضات الرحم الاعلى عديم التأمل

ولنذكر لك حالة يصير فيها تمييز هذه الاجاع عن بعضها عسرا والسهو فيها خطرا وهي ان يظهر التهاب فجما حوالى الرحم بل اوفى الرحم نفسها اوفى المثانة اوفى المستقيم او نحو ذلك وقت ظهور الطلق ونسير اجاع الولادة زمن سير اجاع الامراض وهذه الحالة ربما غلط فيها اعظم المهرة من القوابل اذا حكم يقتضى الاجاع فقط غير ان عندنا وسائل اخرى لتأكيده وجود الطلق وذلك ان اليد اذا وضعت مدة شدة الاجاع على الخشلة واحسنت بتدسس الرحم وانضمها البعضها واستدارتها حكم بان الولادة آخذة في الحصول وفي هذه الحالة يصح ان يوجد الوجع الحقيقي وحده كما يصح ان يجتمع مع الوجع الكاذب فاذا وجدت الرحم غير متحرركة وعديمة الفعل وغير مرتبطة بصباح المرأة جازان يؤكد ان الطلق لم يبتدأ الى الآن

(المطلب الثاني)

(في حالة العنق)

الجس هو الواسطة العظمى لمعرفة الطلق ولا يخاف معه من الخطا فادام العنق غير محسوس وحافظا لبعض خطوط من طوله بحيث كان ككتمة جازان يحكم عموما بان المرأة لم تبلغ او ان الولادة وانما ينبغي الحذر من ان يؤخذ بدل العنق شفتا بوزن شيا وان يترك هذا العنق يكون في اللاتي ولدن كثير اذ اللين والعرض قبل تمام الحمل بايام بل باسابيع فالقوامة في هؤلاء النساء كثيرا ما تكون حوية او حافة في سلك خطوط زمن ابتداء الاجاع فاذا كانت هذه اول ولادة وجدت العنق على شكل حدة مثقوبة من مركزها جازان يؤكد انه لم توجد الى الآن انقباضات رجعية بخلاف ما اذا كان رقيقا كدائرة حادة فان وقت الولادة يكون قد حان بالضرورة اولى بلبث الطلق قليلا حتى يحصل بعد بعض ايام * واذا اريد زيادة التأكيده لمست المرأة مدة الام فاذا عرفت بالاصح ان الاغشية متوترة وانما تريد الدخول في العنق الذي استرق استرقاها

محسوسا

محسوسا او صار يضيّق ثم ينفتح نصف افتتاح ثم يرجع بعد ذلك لحالته الاولى
كان هذا الزيادة تأكيد بظهور الطلق فان لم يشاهد شي من ذلك جاز ان يحكم
بان وقت الولادة لم يجئ الى الآن

(المطلب الثالث)

(في الطلق الكاذب)

لا ينبغي لتارك هذا المبحث بدون ان ينبه على خصوصية اى حالة في التشخيص
غير معروفة معرفة كافية ويمكن ان يخطئ فيها صغار الممارسين وذلك
ان المتأخرين من المولدين والقوابل عدوا من الامور المنكرة او الغير المتقنة
مشاهدات كثيرة كأنها ثبت ان الطلق يمكن ان يتأخر او انقباضات الرحم
قد تأتي وتسير بكيفية واضحة وانها بعد وجودها ومكثها مدة ساعات قد تنقطع
بحيث لا تنتهي الولادة الا بعد شهر او شهرين وان هذه الامور الخارجة عن
العادة تحصل على الخصوص في المواليد المتأخرة ولكنها دليل للجبل على الحيل
وزعموا ان هذه الحركات الغير القادرة على الدفع تدل على الانتهاء الطبيعي
للحمل وان الزمن الذي بين انقطاعها والطلق الحقيقي قد يكون اكثر من تسعة
اشهر* قال المؤلف اما ان افقد تحقق عندي ان هذا الطلق الغير التام المسحى
بالطلق الكاذب ليس امر تخيلي فاقد دعيت مرة لحامل في حملها الثاني
وكان معها آلام قبل مجيئ لها باربع ساعات وكانت تلك الاوجاع منتظمة
ضعيفة منفصلة عن بعضها بفترات طويلة والعنق رخو واسعا بحيث يمكن
ان يدخل فيه ثلاثة اصابع غير انه لم ينج اثره بالكلية ورأيت ان طرف البذرة
ابتدأ في ان يدخل في العنق وعند ما يجيئ الوجع تأتي الاغمسية لاعلى المهبل
وتصير ملسا متوترة واستشعرت مع ذلك في فتحة الرحم وجسمها يتيبس
وانقباض فيه بعض شدة فحسنت معها حتى بقي على نصف الليل نحو ساعتين
فقلت ان الطلق لا ينتهي الا بعد جملة ساعات فرجعت الى منزلي وقت
لمن حولها اذا سالت المياه فاخبروني فانتظرت فلم يرجع علي احد لاني اليوم
الثاني والا تالي له فظننت انهم نادوا طبيبيا غيري ثم بعد ساعة اما يبع نادوا لي

من جديد فتجبت لظني ان الولادة تمت قبل ذلك بزمن طويل ففي هذه المرة استدامت الظاهرات وتمت الولادة وعند المولدين امثلة كثيرة من هذا التقييم

(المبحث الثاني)

(في تعيين الشكل اى وضع الجنين)

مضى لتحقيق المطلق ينبغي ان يبحث عن الشكل الذى جاء به الجنين

(المطلب الاول)

(في تحقيق الوضع بالقامة)

يسمى عموما معرفة القامة بشكلها المستدير المنتظم واليا فوخ الخلقى والحلبة القصدوية واليا فوخ المقدم وبالدوروز الثلاثة السهمى والمستعرض واللامى والحديتين الجداريتين قبعده دخول الرأس مدة اى نزوله يتكون من الاغشية احيانا ورم يكون عظيم الحجم من رأسه وقد يكون احيانا طويلا بحيث يحتاج لبعض اعتياد على الممارسة حتى لا يتكرر وقد يكون فى كثير من الاحوال متحركا ومرتفعا الى اعلى بحيث يصعب تمييزه عن غيره من الاجزاء واما القرن غير منفجر لم يصح البحث عنه الا فى الفترات الفاصلة بين الاقباضات وبدون ذلك تعرض تلك الاغشية للتزق قبل لوان ذلك فاذا ن يكون احسن الاوقات للحكم بمجيء الجنين هو وقت سيلان الماء فيحبس حينئذ جزء كبير من الجزء اليساوى المملوء للرأس حيث لم يكن هناك زمن للاغشية تنفتح فيه

ثم فى اصناف الوضع القصدوى المقدم يكون اليا فوخ الخلقى قريبا الى نصف الدائرة العانية التى للعوض فيكون خلف احد التجويفين الحقيين او ارتفاق العانة بخلاف اليا فوخ الجبهى فانه يكون مرتفعاً من الخلف وملتقيا للمحل المقابل لذلك من التجويف الخوضى * واما فى اصناف الوضع الخلقى فان اليا فوخين يكونان مهينين بعكس ذلك وكل منهما يقرب جدا من مركز المضيقين الا ان اليا فوخ القصدوى لا يصاحبه بالضبط ابداً وفى الاوضاع المقدمة كما فى الخلفية يكون هذا اليا فوخ موهجوا على مسطح سفلى المسطح المشغول باليا فوخ المقدم

ولا يجل تمييز اصناف القصة عن بعضها تمييزا تاما ينبغي البحث عن الدرر
فانه اذا انضمت معرفة اتجاه هذه الخطوط للمعارف التي تؤخذ من الوضع
المخصوص للبيان فسهل عادة تمييز الاصناف المقدمة عن الاصناف الخلفية
ولن يميز كل فرد منها بالصفات التي تميزه عن غيره * ففي الوضع القمعدوى الحق
الايسر يجده الاصبغ يذاهبه من اليافوخ الخلفي اولا من الامام القرع الايمن
من الدرر الايمن * وتاليا من الخلف القرع الايسر من الدرر المذكور
وتاليا على اليمين الدرر السهمي المرتفع قليلا من الجهة اليسرى * ورابعا
ابعد عن ذلك وعلى في الجهة المذكورة اليافوخ المقدم مع الفروع الاربعة
الدرزية التي تذهب منه

ولما الوضع القمعدوى الحق الايمن فيلزم ان يوجد فيه القرع الايسر للدرر
الملاي من الامام ثم فرع الايمن في جهة الارتفاع الجري الحرقى الايمن
ثم الدرر الملاي المتجه من اليمين الى اليسار والمرتفع قليلا الى الخلف اعلى الخلفية
الجدارية المقدمة ثم اليافوخ المقدم من اليسار والخلف مع الدرر الجبهي
الجداري الموضوع بانحراف من اليسار الى اليمين ومن الامام الى الخلف
واما في الوضع الرابع فيقتض على اليافوخ الخلفي من الخلف واليمين ومن هناك
يتبع الدرر السهمي من اليسار والامام حيث يلزم ان يوجد اليافوخ المقدم
الاقل ارتفاعا عنه في الاوضاع المقدمة واما الدرر الجبهي فيأخذ الحمل الذي
يشغله الدرر الملاي في الوضع الاول

واما الوضع الخامس فلا يختلف عن السابق الا في انه يلزم ان يقف من الخلف
واليسار على الاجزاء التي تكون هناك من الخلف واليمين ثم من الامام واليمين
على الاجزاء التي يوجد هناك من الامام واليسار

(المطلب الثاني)

(في تحقيق الجبهي بالوجه)

يميز الوجه عن غيره بحيث يحقق من اول وهله تمييزه مع انهم غلطوا في ذلك
كثيرا فالحق قد يظن انها المرفق او المنكب او العقب او الركبة والقائمة الشرج

والاقتفاء أعضاء التناسل والخذان انهما الخبيثان وقد وقع في هذا الغلط كثير من المعلمين والقوابل وانذكر من ذلك نادرة حصلت من احد معلمي الولادة بمدرسة باريس وذلك انه لمس امرأته معها اطلق وطن انه وجد الوجه وكذلك للتلامذة وصمم على ذلك وقاوحهم بان مثل هذا الوضع لا يمكن بوجه من الوجوه اشتباهه بالجبيء بالبقعة ولم يدرك ان اصبعه كان مغطى بالعق وانته هو الذي كذبه تجاه اعينهم بحيث لم يقدر واعي منع انفسهم من القهقهة عليه حتى كادوا ان يهلكوا من الضحك وسهولة الخطأ انما تكون خصوصا اذا مضى زمن حصل فيه للاجزاء الرخوة من الوجه تورم وانتفاخ سيما اذا رسخ في الذهن وجد ان هذا الوضع فلم يشتغل الا باثبات العلامات المؤيدة له مع انه يادني تأمل يسهل الوصول في معظم الاحوال لمعرفة الوجه متى كان الجبيء به ولمسه عاريا بعد تغرق الاغشية والصفات القاطعة لوضع الوجه هي وجدان العين والاجفان والانف والشفقتين والاسنخ واللسان والذقن والاذنين

(المطلب الثالث)

(في تحقيق الجبيء بالحوض)

القدمان لا يمكن ان تخطئ القابلة فيهما فالعقب وان كان فيه مشابة للمرفق والاذنان للاصابع الا ان فرق الطول في الاصابع معلوم كشكل الكعبين والساقين فالاشتباه هنا يعدم الاهمال وعدم الاتباه والركبتان قد تؤخذان على انهما المرققان او المنسكبان وان كان بعضها اكثر استدارة من غيره وبعضها اكبر حجما لكن الذي يدفع ذلك ويؤكد انهما الركبتان هو ان المرفقين كلنكبين لا يجيئان معا صلافاذا وجد في المضيق في آن واحد نتوان كبيران كانا هما الركبتان يقينا ولما كان الغالب ان تكون الركبة الواحدة معجوبة بقدم او اقله بالية سهل ان يتحقق بذلك ان المسوس جزء من الطرف السفلي لامن الطرف الصدري ومع ذلك هناك حالة يغش فيها الشخص وهي ان يوجد في آن واحد ركبة ومرفق ولكن ما عدا نادرة هذا الاتفاق اذا

نعمق بالاصبع الى الداخل يشاهد ان هذين الجزئين يدل ان يقربا لاصولهما
 يأخذان في البعد شيئا فشيئا

واما الاليتان فهما اللتان يقع الخطأ فيهما فانهما اذا تعسرتا وهما من العنق
 او المضيقتا تنفتحتا كما يحصل ذلك في قبة الجصمة وربما ظن ان الميزاب الفاصل
 بينهما هو الدرز السهمي وان العصعص والخلو الذي امامه او على جابه
 هما الزاوية القمصدية واليا فوخ المقدم والدرز اللامي وان الجبطين
 هما الحدبتان الحداريتان غير ان تحرك رأس العصعص وسلك الاغشية
 او التصاقها او عدم تحركها ووجود الشرج واعضاء التناسل واصل الاطراف
 وغير ذلك جميع ذلك يوصل القابلة الى الحقيقة اذا زاغت عن الحق والشرج
 واعضاء التناسل قد يظن منهما وضع الوجه اذ لم يتذكر ان القمم المحدود بالشفتين
 السميكتين يحتمل على جسم مخروطي الشكل متحرك للحمي وهو اللسان
 وان الاصبع لو كان في المعاء لخرج مغطى بالعق

وهناك امر يقع فيه الخطأ ايضا واهله المؤلفون وذكره المؤلف فقال اتفق
 انني نوديت لاتيتم ولادة خارجة عن الطبيعة وظننت اني وقتت بالجنس على
 القدمين والاليتين والعصعص والشرج غير ان اصبعي دخل في فتحة محدودة
 بشفتين سميت استشعرت في عمقها بمعدية مشابهة للسان فاخبلت
 من انضام هذه العلامات وظننت ان هذا الجنين مشوه التكون ثم ذهبت باليد
 في العمق فوصلت الى القدمين وتقدم لي بسرعة مخرج الحرقشتين وازال
 ما عندي من الشك فكان ما ظننته القمم هو المهبل والذي ظننته اللسان
 هو عنق الرحم الذي يكون في هذا السن زائدا البروز ولكن لا جل الحذر
 من الوقوع في مثل هذا الخطأ ينبغي ان يتذكر ان القمم مفتوح من الخلف
 ليتصل بالبلعوم واما المهبل فينتهي بمجاز مسدود يوجد في عمقه بوزظنشيا
 الذي يكون على شكل حلبة اكثر استدارة واقل طولا وتحركا من اللسان

(المطلب الرابع)

(في البحث من الظاهر)

البحث من الظاهر نافع لمعرفة الحمل وربما اعان على تعيين الاشكال اى الاوضاع
 في زمن الطلق ومثل ذلك ايضا حركات الجنين التى تستشعر بها المرأة في جميع
 اوضاع الجحمة يظهر ان الخثرة ضيقة قليلا في دائرة المضيق وقعر الرحم يبدئ
 ارتفاعات وانخفاضات يسهل تغيير اوضاعها لا يكون غير مستو وعدم
 الاحديداب من الامام او من الجانب قليلا يدل على السطح الظهري للجنين
 وعلى الاوضاع العمودية المقدمة فاذا كان عدم التساوى الذى في قعر الرحم
 في الجهة اليمنى واحسنت المرأة بحركات الجنين في تلك الجهة ايضا صح ان يستنتج
 ان ذلك هو الوضع الاول فان كان ذلك في الجهة اليسرى كان ذلك الوضع الثانى
 ومثل ذلك ايضا يكون للرابع والخامس لان الرأس حينئذ يكون وحده ملتقنا
 الى الخلف واما الظهر فيكاد ان لا يغير مجاورته وهذا يوضح لنا بعض ايضا
 لاى شئ ينتهى حال القصد وحينئذ غالبا بان تذهب الى الامام لتخرج
 من المضيق السفلى فان كان ظهر الجنين ملتقنا الى الخلف استشعر في الخثرة
 بمرتقات كثيرة آتية من الرحم وتظهر الحركات كأنها اكثر سطحية واکثر
 هيوطا الى الاسفل مما في الاوضاع المقدمة وقد يقلب على الظن وجود الوضع
 الوجهى اذا ضم للعلامات السابقة وجود انتفاخ مستدير صلب منتظم كانه
 مقلوب على حوافي الحوض

وفي اوضاع الحوض تشكو المرأة غالبا بانها لا تحس بحركة اصلا وتقول
 ان جنينها يتحرك من اسفل ويسهل معرفة الرأس في جهة السرة بحجمه
 واستدارته في انتظامه

والاوضاع المستمرة السفلى تتميز بانخفاض البطن على الخط المتوسط
 وبلا ارتفاعات وعدم التساوى التى توجد في الخثرة نحو الجانبين وبالحرركات
 التى تحس بها المرأة من الاسفل جدا على اليسار واليمين اكثر منها جهة الاعلى
 وفي القسم المتوسط

(البحث الثالث)

(في الانذار)

متى عرف التشخيص احتيج للبحث في ان انتهاء الولادة هل هو سريع او بطيء
لان مدة الولادة تختلف باختلاف احوال كثيرة وقد تحصل الولادة احيانا
على عجلة وبالجمله لا يمكن تحديد زمنها ولا اعظم ماهر في الصناعة لاتأكيدها
ولا تقر بها فانه اولا يلزم ان يعرف من الابتداء نسبة اقطار الجنين لاقطار
الحوض وقوة انقباضات الرحم والكيفية التي بها تسولي الاوجاع * وثانيا يلزم
ان يؤكدها هل عاق سير الطلق نزيف او تشنجات او خروج الحبل قبل
او ان خروجه او غير ذلك من العوارض اوله يعقبه شيء وان الوضع الالين
لا يتحول الى وضع غير اعتيادي وان القرن ينفتح في زمن كذا لا في غيره
وهل تعرض او لا تعرض مقاومة تشنجية في العنق وغير ذلك مما لا يتيسر
الموقوف عليه من قبل ولا يتجاسر على الاخبار به الا الكذابون

وها هو ما يسوغ لنا ان نذكره بكيفية علمية وهوائية اذا جاء الطلق بوضع جيد
ولم يكن الحوض ضيقا ولا ردى التكون وكنت اعضاء التناسل سليمة جيدة
الحال وعنق الرحم رخو لانه اذا اتسع والاوجاع متتابعة منتظمة متزايدة
القوة بدون خور والمرأة زائدة الشجاعة وجيدة البنية فان انتهاء الطلق يكون
سريعا جديدا واذا كانت هذه اول ولادة للمرأة كان الانتهاء اقل مرة مما سبق
ويكون اكثر مرة اذا سبق لها الاولاد ويكون اكثر من ذلك جدا اذا كان
الحوض مقسطا في الاتساع بخلاف ما اذا كان وضع الجنين غير تام
اي لم يكن زائدا الرءاء او كان حجمه زائدا اوله يمكن القرن عريضا ولا مستديرا
وانما كان مستطيلا غير منتظم او كان في الحوض ضيق او كانت اقطاره قليلة
الا ثم ان زائده او كان العنق متصلا وفيه اثر التحام او كانت انقباضات
الرحم ضعيفة غير منتظمة وكانت المرأة رقيقة المزاج او عصبية او لينفاوية
ففي تلك الاحوال يخشى طول الولادة وربما صارت اسعافات الصناعة
لازمة ورمح ان يحكم ايضا على مدة الطلق الموجود بختنقى مدد الولادات
السابقة وخصوصا بما ينتج من كل حركة شاقة في اتساع العنق وسير الجنين حال
نفوذه من الحوض فاذا تبعت جميع القواهر انتظامها الطبيعى جاز ان يعين

مقدار الزمن الباقي لتألم المرأة اذا تأملت في الزمن الماضي من ابتداء الاوجاع
الاول فاذا الزم ساعتان او ثلاث مثلاً حتى يصير العنق في اتساع الريال الفرنسي
كان من القريب للعقل عدم الاحتياج للزيادة حتى ينتهي اندفاع الجنين
وصفر السن ليس دائماً خطراً للولادة وما زعمه دانتان من ان السهر والشعر
يكن موضوعاً للولادة الشاقة أكثر من غيرهن فردود بأنه كثيراً ما شوهد
العكس ايضاً

(الفصل الرابع)

(في الاحتراسات التي يستدعيها الطلق)

حيث كانت الولادة التي تحصل من ذاتها وظيفة طبيعية لأمه ضرراً من ذلك
ان لا تحتاج النساء اللواتي دخلن في الطلق شيء من الاسعافات زعم ذلك بعض
الاطباء وقالوا ان الحمل في الحيوانات يحصل بدون عائق والولادة تحصل بدون
تألم غالباً وان نساء البلاد الغير المتقدمة يلدن حيث ما يكن ويرجعن عقب ذلك
حالاً لا شعاعاً الهن الاعتيادية اويد من على سيرهن اذا كن مسافرات وان بعض
سكان الاميركة ينغمسن في الماء البارد عقب خروج الجنين حالاً منهن ويرجعن
لاعمالهن الاعتيادية وان الولادة عند نساء القرى معدودة كالأشياء مع انهن
في الغالب يلدن اولاداً اقوياء في غاية السلامة غير ان ذلك كله لا يدل
على انه يلزم ان تترك النساء أنفسهن بالكيفية مدة الولادة وان الحيوانات
لا تحتاج الى اعانة اصلاً لكونها لا يصعب ولادتها ولا يعقبها عوارض خطيرة مع
ان الخنازير والجواميس والافراس ونحوها تكن في الغالب مرضى اذا ووضعن
اولادهن واهل القرى لا يجهلون فيهن ذلك وبعض النساء يحقن حملهن
بسبب ما ويردن ان يخلصن منه سر او يدون ان يأخذن ادنى احتراس فراراً من
حصول ما يغم خاطرهن على حسب ظنهن وينتج من ذلك ان بقية النساء تقلدن
بدون خوف من تعرضهن لخطر قريبة الوقوع فاذا كانت صحة بعضهم
غير متكدرة بالأم شاقة فبعض اخر منهن يهلك بسبب مجازفته وجسارته
فاعمال القابلة ليس القصد منها ان تنزل بها منزلة الطبيعة وانما يلزم ان يكون

مع المرأة احدى وجهيها الما يناسبها ويلاحظ العوارض التي ربما تعرض لها
وبعالمها اذا حصلت فدعوى ان الولادة من ذاتها لا تستدعي استعانة قط
مردودة ومع ذلك فالاحتراسات اللازمة تختلف على حسب كون الولادة
طبيعية او سهلة او منتظمة او معصوبة بعوارض خفيفة او شاقة او غير منتظمة

(المبحث الاول)

(في الاحتراسات اللازمة للمرأة)

(المطلب الاول)

(في الاحتراسات الصحية)

فالاولا تشغل القبالة باتقان الغرفة التي تحصل فيها الولادة واتقان ما يتعلق
بها ففي المدن الكبيرة فغرف في الدور الاخير وفي محل اكثر هدوا واطيب
هو اولاً بأس ان تكون تلك الغرفة واسعة كثيرة النور يسهل تنوع درجة
حرارتها لان الحرارة الزائدة الارتفاع تعين على تعريق الجلد والاحتقانات
الخفية والتشنجات والتروع والغشيان وانواع التزيف المعرضة لها النساء مدة
اعمال الولادة والبرديون من ايضا باحساسه المكروه الذي ينتج منه ثقل الحركة
الانبساطية للسائلان

وثانيا الروائح لا تخلو دائما عن الخطر حتى اللذبة منها لان قابلية التهيج تزيد
غالبامدة الولادة فتتأثر الحواس جدا والروائح العطرية لا يحسن تحملها
كثير من الروائح الكريهة قال المؤلف رأيت امرأة غشي عليها وحصل لها
تشنجات بسبب دخولها في غرفة فيها شيء من الفاعية اى التمر حنا قال واعرف
اخرى يحصل لها انغماء اذا قرب لها ودرطب وان كانت غير حامل انتهى
ومن النساء من يحصل لهن تعب وثقل عظيم من وضع حبة مسك في دولاب
في غرفتها

ثالثا تدبير الغذاء يستدعي من القوابل غاية الاحتراس فبالنظر لذلك ينبغى
الاتساع لمدة التالم ومن اج المرأة واعتياداتها فاذا ظهرت ان تمام الولادة انما يبلغ
من اربع ساعات الى ست كانت جميع الاغذية حينئذ مضرة لثقلها في المعدة

التي وقف استعدادها للهضم اما اذا كان الطلق بطيئا جازان يعطى لها
لامراق والشوربات الخفيفة وتنع عنها القهوة والشكولا التي تستعملها المدن
الكبيرة والخبز والتمار والبقول وانواع الحبوب وهذا في الغالب فلا ينافي
ان المرأة الجيدة الصحة وان كانت ضعيفة اذا كانت اعضاء الهضم فيها سليمة
يصح ان يسمح لها من غير خطر بل بمنفعة ايضا بان تتعاطى في ابتداء الطلق
الشكولا والقهوة الاورية سيما اذا اعتادت على ذلك زمنا طويلا ومن ذلك
ما يشاهد في سكان القرى الاقوياء واهل الاشغال من كونهن يأكلن المحمرات
حينئذ بدون حصول خطر لهن فينبغي مراعاة ذلك لان الامر بالاعذية
في جميع الاحوال بدون تمييز ربما اعان على حصول ضرر ينبغي التحرس
منه وكثيرا ما تخالف النساء كلام القوابل في ذلك فيوقعن حياتهن في الهلكة
قال المؤلف قد نوديت مرة لامرأة في اول ولادة لها فاخبرني امها عن نفسها
انها ولدت ثلاث عشرة ولادة وانها ما من مرة الا وتشرب زجاجة بيذوتا كل
قطعة كباب حمرة كبيرة او قطعتين مدة الولادة او بعد ما جالسا وارتدت ان تعامل
بنتها بذلك فذهت من ذلك فلم اقدر ونفذت مرادها فكان عمر ذلك قد

حياة بنتها

رابعا المشروبات * اذا لم تجاوز مدة الطلق حدودها الاعتيادية فالمرأة هي التي
تستشعر اولابانه لا يلزم لها لاكل وان الماء كل تؤذيها بخلاف الاشربة
فان افراط الحرارة التي تظهر عند الاجاع العظيمة يجفف بنيتها وتستدعي
استعمال السائلات من الباطن والمناسب لها من ذلك كثير فيصح ان يعطى
لها ما تيسر اعطاه ومن تقوع زهر الحجاز او الخطمية او الزيزفون او البنفسج
او الخشخاش البري او لسان الثور ومن مغلل الشعير او الخبيل او عرق السوس
او نحو ذلك خالصا او محلى بشراب السكر او الصمغ او العسل او كزبرة البير او الكرذ
او الخطمية او غير ذلك من المغليات التي تخطر بالبال بشرط ان لا يكون لها
تأثير منبه واضح وان لا تكون حمضية لان الذي يطلبه الاعضاء هنا هو الماء
لا الادوية فالحيوانات والمشروبات الحمضية وان كانت تناسب هنا وانفع

من غيرها الا ان المعدة تتحملها اسوة فحمل لانها تزيد في تحويل ما يعطى لها
الى الحمضية والماء النبيذى يفعل مثل هذا العمل والغالب ان غير هذه
المغليات يقل دفعه للعطش ولكن اذا لم يقبل للذوق مغلى الشعير او النجيل
او العرقسوس الذى يرطب كثيرا فلا بأس باستعمال الماء الخالص المبرد وانما
يعدل ببعض نقط من ماء زهر البرتقان او من شراب الكرز بكمية قليلة
واصاغر الناس وسكان القرى بالا وروبا يستعملون النبيذ الحار والنبيذ السكرى
والسكاب بقصد حفظ القوى ويستعملون مركبات كثيرة منهبة ليقوون بذلك
الطلق وهذه الوسائط تلهب الاعضاء التى فيها قبل ذلك تهيج وتكثر جميع
الوظائف وتحدث احيانا حمى يعسر تسكينها وكثيرا ما تفقد حياة المرأة فقد
اتفق ان القابلة الماهرة ملو يل نوديت فى ليلة لا امرأة وكانت ظاهرات الولادة
فيها متوالية منتظمة ولم تعد وهذه القابلة على منع المرأة من شرب النبيذ الحار
فعرض لها بسبب ذلك نزيف فشربت من ذلك النبيذ كمية اخرى فزاد سيلان
الدم فاستعملته مرة ثالثة بقصد معارضة الانغماء الذى حصل لها من كثرة
سيلان الدم فاندفع الجنين وا عقبه حلا فقد حياة المرأة * نعم اذا كان مع المرأة
ضعف او هبوط حصل لها من امراض قديمة او من مزاجها الخصوص
كان من النافع لها استعمال بعض ملاعق من المشروبات المنبهة
خامسا التبرز والتبول يستدعيان اتبناه الطيب فان الامساك الذى
هو الغالب زمن الحمل يستدعى عدم نشاط المستقيم قرب الولادة فالمواد التى
تملاء لا تعب ازلاق الرأس وانما تهيج العضلة العاصرة والغشاء المخاطى
المجاور للشرج فتولد شدة التغي وتعين على ظهور البواسير التى كثيرا ما تشاهد
بعد الولادة فاذا لم تطلب المرأة الذهاب لقضاء الحاجة اعطى لها حقنة من مغلى
جذور الخطمية او اوراق السلق او بزركتان او مجرد الماء الفاتر وفى بعض
الاحوال يضطر لاجراج المواد الجامدة من المستقيم بواسطة ملقعة
او يد طفل صغير
سادسا اذا لم يخرج البول قبل دخول الرأس فى المضيق العلوى كان اخراجه

بعد ذلك اعسر فاعسر بسبب الضغط الذي يحصل من الرأس على قعر المثانة
وربما حصل من امساك البول تعدد مؤلم في المثانة وينتهي حال المرأة بسبب
ما عندها من خوف زيادة آلامها من ذلك بان تضعف قوة دفعها له ويضعف
فعل العضلات بسبب وجود المثانة الممتلئة بينها وبين الرحم فاذا فعلت المرأة
اعمال الشاقة خشى تمزق المثانة وهو عارض مهول مهلك غالباً بل دائماً فينبغي
اذن ان تعرض المرأة نفسها على التبول ان كان عندها من فاذالم تكف لذلك
الاعمال الشاقة الطبيعية وضع لها القاطنات في تلك الحالة قد يضطر احياناً
بسبب قلة طول المجس وقلة تقوسه للاستعانة بمجس الرجال لكن اذا احتس
بيد من انقلاب الرحم الى الخلف واجتهد بالآخرى في دخول الآلة لم يضطر
للمجس المسطح الذي اوصى به بعض الانقليزيين ولا للمجس من الصمغ المرن
الذي فضله دائماً على غيره ولا للاحتراس الذي ذكره دينيس من جلوس المرأة
اولاً على ركبتيها لادخال المجس ثم استلقاها على ظهرها

سابعاً يزمن الولادة هو الوقت الذي فيه تستدعي الحالة الآداية للنساء اعظم
الانتباه فلذلك ينبغي ان يبعد عنهن حسب الامكان جميع ما يعين ويكرهه
وان يسلم لهن في جميع ما يوافق مقصودهن ولو في الامور الغريبة ولا يترك
في الفرقة التي هن فيها الا الاشخاص المحتاج اليهم اى واحد او اثنان من اصحابهن
واقباله والمساعدة لان كثرة الناس وبما يصير الهوا غير نقي او تحدث فيهن
حياء وضعف او تخيلات نفسانية

ثامناً * ملابس المرأة التي في الطلق كانت سابقاً امرامهما فكان لكل اقليم
وكل بلد اصطلاح مخصوص من الفسطنانات والاقصة وغيرها والاآن
هجرت تلك الاصطلاحات القديمة بالكيسة وصارت الملابس كلها مختارة
الا ما يتجهها ويعطل حركاتها واتقباض عضلاتها وانما جميع وظائفها وانما
انها تكون خفيفة غير شديدة الحرارة ولا شديدة البرودة

(المطلب الثاني)

(في اضطجاع المرأة التي في الطلق على سريرها)

اولا سرير الولادة المسمى ايضا بسرير المطلق وبسرير الوجع وبالسري الصغير
وربما يسمى بكرسي الولادة يختلف كثيرا في الشكل بحسب عادة كل قبيلة
وبحسب الازمان والامال ومن النساء من لا يريد من ذلك شيئا ويلدن قياما
ومراتهن مستندة على نحو طائفة او صفة او ظهر ~~ك~~ كرسى او دولا ب او غير
ذلك او يعلقن بمكبى من ~~ان~~ ان حاضرا عندهن ومنهن من يجلس على
الركبتين او على الارض او على ركبتى شخص آخر ويبنى الوركين والساقين
ويرفعهما والقدمات كالنوايسمعلون كراسى مخصوصة بهيئات مخصوصة لها
مساند لاجل استناد الذراعين عليها وقوائم لاجل الرجلين ومجلس مثقوب
وهذا هو المستعمل في بلادنا الآن وفي بلاد النجاش والسويس وغيره مستعمل
في فرنسا وبعد ذلك اخترعت كراسى باشكال كثيرة

والمستعمل منها في فرنسا سرير ~~م~~ مكب من قوائم عليها قاش سميك
وهذا السرير متين متوسط العرض وطرفه الذى هو ~~ك~~ كوسادة مستند
على احد حيطان الغرفة ويوضع بحيث يسهل دوران القابلة حوله من كل جهة
ويمد عليه لول طراحة كما تمد على سرير النوم الاعتيادى ثم يوضع عليه طراحة
ثانية مثنية من طرفها العلوى وتظم بحيث ان احد طرفيها يستخدم لرفع البنى
المرأة واما جزؤها التى يستخدم لقطع الظهر والرأس ويتم الجهاز بقطعة
من قاش مشمع وملايات وغير ذلك مما هو معلوم لتكون للرأس وللصدر سطح
مائل ويصح ان يقتصر على مخدة ترفق تحت وسط الطراحة الاولى ليرفع بها
الحوض فيبقى الجحان منكسفا وقد تكون طراحة واحدة قديون وسادة قمتنى
على نفسها ويرفع الرأس باى شيء كان ويتولى مكسوف جميع جزء السرير الذى
يوجد امام الحوض وتنعس وساخة الملايات بوضع خرق لتقبل السوائل
التي تسيل من القرح

وانذا قفنا للنظر نجد ان المرأة القوية بنا لجيدة التركيب يمكن ان توضع للولادة
بجميع الاوضاع التي تخطر بالبال سواء على ~~ك~~ كرسى او على الارض او على
ى نوع كان من الاسرة وانما القوابل تأمر في الاحوال التي لا معارض فيها

بعد ذلك اعسر فاعسر بسبب الضغط الذي يحصل من الرأس على قعر المثانة
وربما حصل من امساك البول تعدد مؤلم في المثانة وينتهي حال المرأة بسبب
ما عندها من خوف زيادة آلامها من ذلك بان تضعف قوة دفعها له ويضعف
فعل العضلات بسبب وجود المثانة الممتلئة بينها وبين الرحم فاذا فعلت المرأة
اعمالا شاقة خشى غزق المثانة وهو عارض مهول مهلك غالباً بل دائماً فينبغي
اذن ان تعرض المرأة نفسها على التبول ان كان عند هاز من فاذا لم تكف لذلك
الاعمال الشاقة الطبيعية وضع لها القاء طبر وفي تلك الحالة قد يضطر احياناً
بسبب قلة طول الجبس وقلة تقوسه للاستعانة بمجس الرجال لكن اذا احتس
يتم من انقلاب الرحم الى الخلف واجتهد بالآخرى في دخول الآلة لم يضطر
للمجس المسطح الذي اوصى به بعض الاقليات ولا للمجس من الصمغ المرن
الذي فضله دانتان على تغييره ولا للاحتراس الذي ذكره نيس من جلوس المرأة

اولاً على ركبتيها لادخال المجس ثم استلقاها على ظهرها

سابعاً زمن الولادة هو الوقت الذي فيه تستدعي الحالة الاداية للنساء اعظم
الانتباه فلذلك ينبغي ان يبعد هن حسب الامكان جميع ما يتهين ويكرهه
وان يسلنهن في جميع ما يوافق مقصودهن ولو في الامور الغريبة ولا يترك
في الفرقة التي هن فيها الا الاخصاص المحتاج اليهم اى واحداً واثنان من اصحابهن
والقابله وللمساعدة لان كثرة الناس ربما تصير الهواة غير نقي او تحدث فيهن
حياء وضعف وتخيلات نفسانية

ثامناً * خلا بس المرأة التي في الطلق كانت سابقاً امرامها فكان لكل اقليم
وكل بلد اصطلاح مخصوص من الفسطانات والافصدة وغيرها. والآن
هجرت تلك الاصطلاحات القديمة بالكيسة وصارت الملابس كلها مختارة
الا ما يتعينها ويعطل حركاتها واقبالها وعضلاتها واتمام جميع وظائفها وانها
انما تكون خفيفة غير شديدة الحرارة ولا شديدة البرودة

(المطلب الثاني)

(في اضطجاع المرأة التي في الطلق على سريرها)

اولا سرير الولادة المسمى ايضا بسرير لطلق وبسرير الوجع وبالسريير الصغير
وربما يسمى بكرسى الولادة يختلف كثيرا في الشكل بحسب عادة كل قبيلة
وبحسب الازمان والمحال ومن النساء من لا يريد من ذلك شيئا وبلدن قياما
ومراقةهن مستندة على فخوط او آلة او صفة او ظهر **كرسى** او دولا ب او غير
ذلك او يعلقن بمنكبي من **ان** حاضرا عندهن ومنهن من يجلس على
الركبتين او على الارض او على ركبتى شخص آخر ويثنى الوركين والساقين
ويرفعهما والتقدماء كانوا يستعملون كراسى مخصوصة بهيئات مخصوصة لها
مسند لاجل استناد الذراعين عليها وقوائم لاجل الرجلين ويجلس مشقوب
وهذا هو المستعمل في بلادنا الآن وفي بلاد النجسا والسويس وغير مستعمل
في فرنسا وبعد ذلك اخترعت كراسى باشكال كثيرة
والمستعمل منها في فرنسا سرير **مر** **كب** من قوائم عليها قاش مهيكل
وهذا السرير متين متوسط العرض وطرفه الذى هو **ك** سادة مستند
على احد حيطان الغرفة ويوضع بحيث يسهل دوران القابلة حوله من كل جهة
ويجد عليه اول طراحة كما تدعى سرير النوم الاعتيادى ثم توضع عليه طراحة
ثانية مثنية من طرفها العلوى وتظم بحيث ان احد طرفيها يخدم لرفع البنى
المرأة واما جزؤها التى يخدم لحفظ الظهر والرأس وتضم الجهاز بقطعة
من قاش مشمع وملايت وغير ذلك مما هو معلوم ليستكون للرأس وللصدر سطح
مائل ويصح ان يقتصر على مخدة ترلق تحت وسط الطراحة الاولى ليرفع بها
الحوض فيبقى البطن منكسفا وقد تكنى طراحة واحدة قد يكون وسادة قشنى
على نفسها ويرفع الرأس باى شئ كان ويتولى مكسوف جميع جزء السرير الذى
يوجد امام الحوض وتنعس وساخة الملايت بوضع خرق لتقبل السوائل
التي تسيل من القرح

وانا قد قمت بالنظر فوجدت ان المرأة القوية الجيدة التركيب يمكن ان توضع للولادة
بجميع الاوضاع التى تخطر بالبال سواء على **كرسى** او على الارض او على
ى نوع كان من الاسرة وانما القوابل تأخر في الاحوال التى لا معارضة فيها

بتجهيز ما يكون احسن من الاسرة والامر المهم هو ان تكون المرأة مطمئنة
بدون تعب ولا ثقل بحيث لا تتعب من وضعها من الازواج ولا زمن التعبيرات
وان لا يعوق تعدد العسر طشئ

ثانياً الزمن الذي يلزم ان توضع المرأة فيه على السرير فاذا كانت الولادة منتظمة
والمرأة سليمة من العوارض ولم تلزم مراعاة شيء مما ذكر كان من غير النافع نومها
على السرير قبل هتك القرن الا اذا كان ذلك بقصد الراحة من تعب الطلق اما
بعد تمام اتساع القرن وسما اذا نزل الرأس في التقعير فالاولى ان تنام على سريرها
لان ذلك لازم ضروري فلا بأس ان تمسك نفسها واقفة وتمشي وتريض
مادامت قواها تسمح لها بذلك اذا كانت الازواج ضعيفة وتتابع ببطئ
او انتمت القرن قبل او انتمت كما وبقى الرأس مرتفعاً اعلا المضيق العلوي
اولم ينفخ العنق الابعسر وان كان رخواً متسعاً وينبغي ان توضع على السرير
من اول الامر اذا كان الحوض واسعاً جداً ولم تتمزق الاغشية ولكن اتسع
العنق او سار الطلق بسرعة شديدة او كانت المرأة مهددة بنزيف او انحراف
رحمى والمناسب في هذه الحالة الاخيرة وضعها على الجانب المقابل للجانب
الذي حصل اليه الانحراف * واما النساء المصابات بزوغان السلسلة او الربو
او الاستسقاء الصدرى او البطنى او نحو ذلك من الاستعدادات الغير الاعتيادية
فانهن قد يتضررن من وضع انفسهن على السرير وانما يلدن قياماً او قعوداً
او جنباً على ركبهن حذراً من حصول الاختناق لهن

فاذا نامت المرأة على السرير لزمن ان تكون في مدة الازواج مستلقية على ظهرها
وساقها وخذاعها متنيمة نصف انثناء ورجلاها مستندة على الطراحة
او السرير او القضيب المستعرض الذي يكون في السرير وهذا الوضع طبيعى
بحيث ان المرأة تفعل به بنفسها في العادة وترجع اليه اذا راغت عنه زوجها واقبى
مضى عادتها الوجل وهو لازم خصوصاً اذا كانت الرحم مائلة جداً الى الامام
واما في قترات الانقباضات فلا تلزم بوضع مخصوص بل تكون كما تريد سواء
على جانب او على آخر وهذا الوضع هو المختار بفرانسا * واما الانكليزيون

والاميرقيون فيضعون المرأة غالباً على جانبها اليسر ودبرها يكون قرب
الخافة اليمنى لسريرها والساقان والفخذان منبثقة والركبتان متباعدتان
عن بعضهما بواسطة وسائد توضع بينهما ومع ذلك فالخطر الذي يحصل
في فرانساًقل مما يحصل في بلاد الانقليز فينتج ان الوضع في فرانساً احسن منه
في بلاد الانقليز ولقد كان الوضع على الظهر مقبولا في بلاد النيمسا مدة طويلة
ثم ابدل الآن بالوضع على الجانب ومن المعلوم ان هذا الوضع الاخير متعب
للمرأة وقليل الاعانة على الانقباضات العضلية مدة الاعمال الشاقة

(المطلب الثالث)

(في وضع القابلة)

تضع القابلة نفسها على الجانب الايمن لسرير الزوج لتس وتنتج تقدم الطلق
وتحفظ الجمان وجميع هذه الاشياء يصح ان تفعل تحت الغطاء لان الذي يباشر
ذلك انما هو الاصبع او اليد لا العين ولذا قال ديونس ان ديفورجس كان امهر
القوابل في زمانه مع انه كان اعمى

ولما كان لكل من الارادة والشجاعة دخل عظيم في سير الولادة كان من المهم
معرفة توجيه الاعمال الشاقة من المرأة توجيهها مناسباً لا كما تفعل بعض
القوابل من امهرهن المرأة بالدفع عندما يكون التألم قليل الشدة فيشجعنه
على فعل الاعمال الشاقة ويعشنه من بخلاص الولادة عن قريب وهذا جهل
منهن فإدام العنق غير محمو والقرن غير متمزق او اقله ان الرأس لم يدخل
في المضيق العلوي لم تكن منفعة الاعمال الشاقة التي تستعمل لتججيل الولادة
الا اضعاف المرأة بحصول التزيف الكثير

اما اذا دخل الجنين في التقهير واتسع العنق وتمزقت الاغشية فان كلامنا من النقل
على الدبر والرحم والتهني يظهر ويولد شهية الدفع ويقهر الانقباضات العضلية
على ان تأتى لاعانة الرحم ويريد ذلك كلما كان الجنين اقرب للاندفاع فالرحم
حينئذ هي التي تأمر بالاعمال الشاقة لا المرأة نفسها والقابلة هي التي تعلم
المرأة بانها لا ينبغي لها ان تحدث بارادتها اعمالاً شاقة متى كانت الانقباضات

الرحمية منتظمة الا اذا ابتدأ الوجع فينبغي اعانتة حينئذ بالانقباضات العضلية فعند ذلك ينبغي ان تسند الحوض والرجلين واليدين على السرير او على الانخفاض المعدة لفظها او مسكها وتدفع بجميع قوتها كما تفعل ذلك في قضاء حاجتها وعند ما يطل دفع الرحم تمنع الاعمال الشاقة فتقوم المرأة بالراحة والسكون ولا تقهر العضلات على شئ لانها انما تساعد انقباضات الرحم اذا كانت موجودة

(المطلب الرابع)

(في الجنس زمن الطلق)

الجنس يفعل في ازمة مختلفة من الطلق لاجل معرفة وضع الجنين ودرجة اتساع العنق والمهل الذي نزل اليه الرأس وفي الحقيقة ينبغي تكرار اللمس ثلاث مرات في جميع سير الولادة مرة في الابتداء ليحقق هل في الرحم انقباضات ام لا خلافا لمنع بعضهم ذلك حينئذ خوفا من تمزق الاغشية ومرة ثانية وقت تمزق الاغشية ليتأكد الوضع بالضبط وثالثة اذا قويت الاوجاع والاعمال الشاقة ليأشاهد هل دخلت الاجزاء جيداً في التقعير ام لا ولكن عموماً يمكن بدون خطر فعل هذه العملية كثيراً بشرط ان لا يكون في القرح والمهبل حساسية شديدة ولا تهيج واللمس بدون حاجة ربما اقلق المرأة وارتابت منه وبعض اطباء ذكر انه ينبغي عند وصول الرأس للتقعير وضع اليد كلها في المهبل ليدفع بها المصعص الى الخلف بقوة ولكن هذه كيفية غير نافعة فان المصعص صار جراً من الاربطة الحبيبية ومن البهتان وهو يدفع بالرأس او باجزاء الجنين اعظم واقع من اندفاعه بيد المتألمة فاذا لم اخيانا ادخال جملة اصابع في المهبل لمساعدة اتساع الاجزاء وذلك عند ما يكون في بعض القناة الفرعية الرحمية بعض تيبس وتهيج فلا بأس ان تدهن بمادة لهاية او بمرهم ملطقة كمرهم جالينوس لا يزيث وان ذكره بعضهم واذا دخلت اليد في القرح سببت في العادة ما هو جيد للمرأة وهو زحير يقوى افعالها العضلية وانقباضاتها الرحمية

ثم اذا دخل الرأس في المضيق بل ومر في التقعير فان دفع العنق امامه حتى صار على هيئة حوية كان لا بأس بحفظ هذه الدائرة بطرف اصبع او اصابع مده
الوجع كذا قيل لكن اذا لم يكن الاجتهاد في قهر هذه المقاومة بالصناعة دائما
خطر اقل من ان يكون غير نافع فيكون من الاعمال الرديئة ما اوصى به
برطون من ادخل اليد كلها في المهبل بقصد حفظ العنق عندما ينكسر القرن

(المطلب الخامس)

(في اسناد العجان)

اذا علمت شكل الحوض واتجاه صحايره سهل عليك معرفة ان الحاجر العجاني
المتصل بالبدار العجزى العصصى يلزم ان يتورجدا ويخشى حصول خطر
التمزق له عندما يمر الرأس من المضيق السفلى فلذلك امر جميع القوابل بوسائل
حذرا من حصول هذا العارض فبعضهم رأى انه يكفي ان يدفع العصص الى
الخلف او يوضع اصبعان بين الرأس والعجان اذا وصلت القعيدة الى الفرج
وبعضهم قال انه يوصل لتلك الغاية بصفيحة عريضة من القيطس والان
اكتفى بوضع اليد من الظاهر لكن لما كان الغالب تمزق هذا العجان جزم
بما آخرون من الجراحين بان حفظه باى كيفية كانت غير نافع بالكلية وقد
اعرض بعض التيساوين شق العجان وقال انه اولى من ان يترك للتمزق واستنكر
المعظم قال المؤلف ولا اقول بذلك لان شفاء التمزق اسهل من شفاء الشق
المصنوع بالشرط

ومهما كان فالذي تستدعيه التجربة والتعقل هو ما سيد كرو هو ان توضع اليد
عارية او مستورة بخوذة بالعرض بحيث تكون حاقها الزندية اى المنصرية
محاذية لطرف العصص وتكون حاقها الكعبرية اى الابهامية اقل الجمع
المقدم للعجان ويكون مأوى الاطراف السائبة للاصابع بين الشفر الكبير ونخذ
من جانب او يتنديها الى الالية واما المرتفع الراحى المسمى بضرة الابهام والابهام
فيكونان بين الشفر الاخر والنخذ من الجانب المقابل فبذلك يصير المسطح
الذى يلزم ان يمتازه الرأس على الاجزاء الخوة في خروجه من الحوض صلبا

متيناً فاليد هنالك تكون بمنزلة امتداد من الوجه المقعر الذي للعجز والعصعص
ليقيم الرأس على مجاورة محور الفرج والاستناد الذي يفعل حينئذ يكون
من الخلف الى الامام ومن العصعص الى الفرج لا العكس ولا الجوانب فبذلك
ترتفع القدم ودوة العانة بدون ان تمنع عن النزول والوقت المهم لذلك العمل
انما هو عندما يتدأ الرأس في ان يمدد الفرج بقوة واما قبل ذلك فلا منفعة
لهذه العملية

ولوثيت الاصابع قليلاً كما وصي بذلك بعضهم لتهتدي بها الاجزاء الرخوة نحو
الخط المتوسط صارت اليد مقعرة جداً ولا تحفظ الرأس حفظاً كافياً
وربما يحصل من ذلك ما ينبغي الاحتراز منه فاذا وضعت اليد مبطحة عمودية
كما وصي بذلك آخرون وجعلت اصابعها نحو العصعص وقبضتها نحو الفرج
لم يحصل المقصود ايضا لان الاعمال التي تعمل حينئذ تتجه بسهولة الى الامام
اكثر من اتجاهها الى الخلف مع ان المراد العكس ولاجل التحرس من التزق
قبل حصوله يصح كما قال فلامان ان يمسك جالس الايتين او الجزء الخلفي
للحوض باليدين معاً يقرب حسب الامكان الى الامام والمناسب بل المهم
ايضاً عند ما تجاوز الحد بنان الجداريتان محاذاة الحيتين ان يطلب من المرأة
تلطيف اعمالها بدل ان تعرض على الدفع شيئاً فشيئاً كما يفعل ذلك عموماً فان
في هذه اللحظة تتميزق الاجزاء التي يخاف من تمزقها اذا اندفع الرأس بسرعة
بحيث لا يكون هنالك زمن تسترخي فيه الاجزاء فكما كان النفود
من الفرج ابداً كانت سلامة الحايض الجاني من التزق اكثر وغالب تمزق
العجان يكون من المنكبين لا من الرأس قال المؤلف وعندى ان تمزق العجان
ليس من العوارض الثقيلة في جميع الاحوال بل خطره نادراً وان كانت
القابلة ملزومة بان تبذل جهدها في حفظ اعضاء التناسل على حالتها الاعتيادية
حسب الطاقة فان الجرح يلحتم ولا بد غير ان الفوهة الخارجة للمهبل تبقى
واسعة وهذا قد يكدر راخا طروراً وما اضطرت المرأة لعلاجه فيما بعد

(المبحث الثاني)

(في الاحتراسات اللازمة للجنين)

المطلب الاول

(المطلب الاول)

(في الاختراسات اللازمة لاوضاع الراس)

الاول الوضع القمعدوى المقدم * متى خرج الرأس من القرج لزم حفظه باليدين معا فالاصابع توضع منفردة تحت القمعدوة والاذن والفك السفلي من كل جانب مع الانتباه لعدم حصول عائق في حركة الرجوع وفي الحقيقة يمكن الاستغناء عن فعل ادنى جذب لان الباقي من الطفل يتقذف بحركة دفع الرأس غالباً وفي احوال اخرى أتي حالاً وجع جديد يدفع الباقي كله ويمكن من حيث ان القصد انتهاء الولادة بسرعة وان المرأة تتشوف للخلاص من ذلك لا بأس ان يتبع الاندفاع الحاصل من الرحم وانه في مدة انقباضها ايضا يجذب البطنين بلطف من الرأس والابطين في اتجاه محور المضيق السفلي فاذا انقطع الانقباض الرحمي بالكافية بعد خروج الرأس ينبغي ان ينتظر وجع جديد قبل ان يفعل ادنى جذب فان بدون ذلك يمكن ان يخلو الرحم بسرعة فيحصل فيها انبرسياى خجود وعدم فاعلية وزيادة على ذلك ينبغي ان يعرف انما اذا مضى زمن يتمكن فيه للرحم من الانقباض على الرقبة كان المتكبد الخلفى المدفوع بقوة والمجذوب بدون احترام قابلاً لان يشق العجان شقاً عميقاً كما يفعل ذلك الراس وهذه الاحترامات التي ذكرناها تنزل على الاصناف الثلاثة للوضع القمعدوى المقدم

الثاني الوضع القمعدوى الخلفى * اذا كانت القمعدوة ملتقنة الى الخلف كانت الولادة في الغالب عسرة فمن النافع مساعدتها على الميل الى الامام لتصل شيئاً فشيئاً الى الوضع المقدم فاذا نزل الرأس في التقدير عقب سيلان المياه حالاً يجتهد في زوغانه الى اليمين واليسار في قترات الانقباضات بان ترتلق اصبعان او ثلاثة اما امام العجز لاجل دفع القمعدوة الى الامام واما خلف العانة على جانب الجهة لاجل توجيهها الى الخلف * وفي مدة الوجع يمنع الرأس عن رجوعه لوضعه الاول بان تبق الاصابع التي ازلته عنه بينه وبين الخط المتوسط وتكرر تلك الاعمال كلما علم انها لازمة والعجان في هذا الوضع يكون

معرضاً للتمزق اكثر منه في بقية الاوضاع ويلزم لحفظه جيداً ان يتنبه لا تمحرف
اليه جداً الى الامام لان سقوط طرف الرأس عمودياً عليها وانقلابه الى الخلف
نحو الشرج اكثر من انزلاقه على جانب القرج

الثالث اوضاع الوجه لما كانت اوضاع الوجه اقل طبيعية وفيها تعسر بالنسبة
لاوضاع الجمجمة كان من العقل تحويلها الى اوضاع الجمجمة اذا سهل ذلك
ولا يكون هناك زمن لفعل ذلك اذا وصل الرأس للتغير وانما يفعل ذلك مدة
كونه متحركاً في المضيق العلوي ويكون بكيفيةيتين مختلفتين اما ان يكتفي بدفع
الذقن نحو الصدر بان يقع التأثير باصبعين على الجهة اوعلى القمعدوة
فتتخفف وفي كلا الحالتين تبقى الاصابع في محلها حتى يعرض انقباض فينتقل
القوة التي كانت في جهة الوجه الى القمعدوة اذا الرأس حينئذ شبيه
برافعة لها فرع مقدم وهو الوجه وفرع خلفي وهو القمعدوة وهذا الانقلاب
مهم على الخصوص في الوضع الذقني العجزي واذا خرج الوجه اولاً لم يكن حفظ
العجان سهلاً كما يكون في اوضاع الجمجمة لكن لما كان مقدم الرقبة لا القمة
هو الذي يستند على الحافة السفلى لارتفاق العانة مدة اجتياز الجزء البيضاء
العلوي للرأس قوس الدائرة العصية العجانية التي توصله للقرج كان الخوف
من تمزق العجان ايضا اقل فلذا ينبغي ان لا تستند اليد الباطل في ويكون ذلك
من بعد خروج الجهة الى الخارج وبدون ذلك يمكن ان تزيد الاخطار التي
يخشى منها على الجنين واقله ان يحصل تعب في انتهاء الولادة

الرابع الجهة كلها او احد جوانبها والياقوخ المقدم واحدى الحدين
الحداريتين واعلى القفا والذقن او احد الحدين اذا جأشئ من ذلك بدل الاوضاع
الحالصة للوجه او القمة لم يمنع كون الولادة تحصل من ذاتها لان الحركات
العنيفة من المرأة ينهي حالها عادة بنزول القمعدوة والوجه ولكن هذه
الاضاع المتوسطة والغريبة قد تعطل سيرا لاجاع والطلق غالباً فلذلك
يلزم اذا عرفت ان تقهر على رجوعها الى الاوضاع المنتظمة القريبة لها
فما دام الرأس في المضيق العلوي ولم تقبض الرحم على الجنين جاز ان يؤمل

بادخال اصبعين خلف القمعدوة او امامها او على جوانبها في رجوعها الى المركز
او ان يدخل الوجه بالكلية اذا لم يمكن غير ذلك

(المطلب الثاني)

(في الاحتراسات اللازمة للمعجب بالحوض)

الاول اوضاع القدمين * نحن وان تمسكنا بالولادة بالاقدام ننهي عادة بدون
استعانة بشئ لكن لا نمنع مس الجنين قبل تمام خروجه وانما نقول انه ليس
بلازم بل ربما كان جذبه الى الخارج خطرا

فحي برز الساقان حفظنا بخرقه تلف عليهما ويفعل مثل ذلك في الحرقتين
والبطن والذراعين والصدر والمنكبين فاذا استند العقبان او الركبتان
او المرفقان على ارضية الحوض لزم تحليصهما وجذبهما نحو الفرج بمساعدة
بعض اصابع ومن حيث انهما قد يتقبان العجان اذا وقعا على وجهه الحوضي
لزم ان يتنبه الطبيب لذلك غاية الانتباه فاذا كان الرأس وحده في التقعير بوجه
اصبعين امام الذقن او في القم او على جانبي الانف وهو الاحسن ثم يركب اصبعين
او ثلاثة من اليد الاخرى تحت ارتفاق العانة لاجل حفظ القمعدوة وعند
ما يعرض ادنى انقباض رحمى يجذب الكل في اتجاه محاور المضيق السفلى
والفرج مثل ما اذا اريد قلب ظهر الجنين على جبل الزهرة وخنله الام

الثاني اوضاع الركبة * الركبتان انما يستدعيان اشياء قليلة فاذا جاء في وضع
منتظم تركا للخرجا با تقسهما فاذا وصل الى الفرج ساعد خروج الساقين
فاذا اتجهت احدى هاتين الركبتين في اتجاه معيب او استندت على نقطة ما
من الحوض او وقفت في عنق الرحم او في ثنية من المهبل ازيل نعلقتها غالبا
بدون مشقة فتوصل حتى تأتى بجانب اختها وبالجملة يفعل كما يفعل في التقديم
مع الاحتراز عن فعل جذب بدون لزوم

الثالث اوضاع المقعدة وبعد نزول الالبتين اذا كان في القدمين ميل
لان يتقدا معا كان من النافع احيا نادفعهما وحفظهما من تقعين قليلا
مدة جملة اوجاع ولا يفعل شئ من ذلك حتى ينزلا في اسفل التقعير وجذبهما

في تلك الحالة لا يحصل بدون خطر اذا كان ذلك في وقت عدم انقباض الرحم
 وذكر بر بون انه يلزم ترك ابداء الولادة بالمقعدة للطبيعة وان الرأس وحده
 هو الذي يستدعي توسط الصناعة ومع ذلك اذا كان حجم القدمين عظيم بحيث
 يعسر نفوذهما من القرح كان من النافع وضع اصبع بيضة كلاب على الاربعة
 الهاذية المتعابلة للجزء السفلي من الحركات العنيفة من المرأة فالحركة لا يخرج
 الاوينتقل اثر العصر الذي يحصل لهما للبطن فمن المهم حينئذ ان يفعل بعض
 جذب للفخذين والساقين بان يمد ليقل هذا الانضغاط الخطر ثم تكون الولادة
 بعد ذلك شبيهة في الاحتراسات التي تستدعيها بالولادة بالقدمين او الركبتيين
 واذا خرجت الالبتان من المضيق السفلي مددتا للجحان احيا باقوة مثل ما تمدد
 بالرأس لكن من حيث انهما اللين من الرأس وان قابلية الجذع للانثناء تسمح
 لهما بان يتوافقا بسهمولة مع اتجاه الفتحة ويرفع شكل الممرات التي يخرجان
 منها كان من النادر ان يحصل منهما تمزق للجحان فلا يلزم عند ذلك حفظه
 الرابع يفعل في الاوضاع المتهرة للمقعدة ما يفعل في لاوضاع المنهرفة للرأس
 فيجهد في ارجاعها للاوضاع البسيطة فاذا كان الذي في المركز هو الوجه الخلفي
 للعصص وطرف العجز ينبغي ان يبادر بوضع المرأة على السريرون تلزم حسب
 الامكان بحفظها مستقيمة على ظهرها والقابلة تضع يدها على الخجلة وتدفع
 الرحم الى الخلف والا على فاذا لم يكف هذا الاحتراس صح ان يشبك في الخجبتين
 اصبعان من اليد الاخرى ويقهران على الهبوط في المضيق فاذا دخلت
 اخدي الاليتين وحدها مع الحرقعة الهاذية لهما او بدونهما لم رفعها في مدة
 السكون الذي بين الاوجاع او يجتهد في وصولها باستقامة بان تراق بعض
 اصابع على وجهها الظاهر ولو كان الذي وجد بدل الالية او العصص
 في مركز العنق المتسع هو اعضاء التناسل او مدم الساقين سهل حينئذ عموما
 ازال القدمين محل المقعدة ولوجاء كل من الاليتين والقدمين عمدا
 قهر الاليتين على الخروج وحدهما

(الفصل الخامس)

(في الاحتراسات التي تستدعيها الولادة الشاقة والغير المنتظمة)

وقطع النظر عن الاستعانات القوية قد يكون الطلق في بعض الاحيان متعبا
ثقيلا بحيث يكون مخيفا ومثقالا لغيره والولادة والاسباب التي تبسطه ولا تقسب
لعسر الولادة الحقيقي ينسب معظمها لاجاز المرأة وبنيته تركيمها وحالة احتقان
اعضاء تناسلها اوضاعها وتنهم اوتشفيهم او جفافها او ارتخائها وانقباضاتها
الغير المتساوية او عدم فاعليتها بالكيفية اي خوردها والكيفية التي يكون عليها
الجيب المائي وبسبب ذلك كانت الوسائط التي تذكرها غير مناسبة في جميع
الاحوال بسبب تغاير الاسباب فليس هنالك في علم الولادة وسائط نوعية لذلك

(المبحث الاول)

(في بطئي الطلق باسباب مختلفة)

قد كان لكل طبيب ولكل قابله علاج مسرع للولادة بحيث يكون عنده
واسطة اكيدة لانتهاء الولادة بسرعة فجميع الادوية السرية والتنايم كانت
ممدوحة في ذلك ففهم من كان يضع قطعة من حجر ثمين كاليشم والياقوت الاصفر
والزمررد في كيس صغير تعلقه المرأة في عنقها ومنهم من يأمرها بلن تمسك في يدها
الجني قطعة من المغناطيس ومنهم من يعلق في فخذه ريشة نسر او في اخمصها
الايمين اول ريشة من جناحه الايمين ومنهم من يمزج بطنها بشحم حية او بجمرة
ثعبان برتي او ينطلي سرتها بجلد حاو جدامن ثعبان او ارنب او يضع زعفرانا
على خصرتها او يتلو عزائم روحانية على الجهة او الصدر او يقبض المعدة
وغير ذلك من الخرافات التي بقي منها الى الآن ~~كثير~~ كثير هو رما الترنافي بعض
الاحوال على رأي ونزيهان ان نطاوغ ضعف النساء في طبلهن ادوية فتأمرهن
بامتثال بعض اشياء وتلك الادوية اقله انما في الغالب لا تحدث ضررا
وربما نفعت في منعهن عن امتثال بعض ادوية فيها خطر فالماء العطرية
للملبساى الريحان اللبوني والنعناع وصبيغ القرقة والترنفل وجميع المركبات
والاكسير الكرواية كان لها صيت عظيم في ذلك وايانا حصل منها هلاك

النساء اللواتي استعملنهما والطبيب لوروا سشاركهما مع الفصد وقال ان الموضع حيث نذا حسن من جميع الجفوت الرحمة والمسهلات والمقيئات كان لها شهرة وسعة عظيمة حتى عند الاطباء وبقى منها الى الآن شئ عند العامة حتى قال لو بان اذا كان مع المرأة حمى وكانت ممتلئة بالدم وجاء الجنين بالرأس وكان ميتا فلا شئ احسن من استعمال مسهل وقد استعمل موريسوس مستحضرات من المن والسنا مضافا عليها بقصد التعديل عصارة البرتقان او الليمون مع ان بعضهم استغرب كون هذه الادوية تخرض الاوجاع وتوقفها لتكون فعلها انما يتجه للقناة الهضمية ونحن نعتز بان استعمالها اذا كان خطرا فاما يكون ذلك في النساء اللواتي في الطلق

واذا اعطيت المسهلات حقنا لم يحصل منها الاخطار المذكورة بل ربما كان في استعمالها بهذه الكيفية منفعة وللخص منها المنقوع الحار للسنانة وان كان الغالب كونه محسوبا بمغص شديد الا انه لا ينبغي تركه بالكلية كما قال المؤلف لانه شاهد في بيت الرحمة بباريس انه احدث في الانتقباضات الرجمية قوة عظيمة يعسر نسبتها لغيره اولا هي اتفاق

وقد يسير الطلق احيانا ببطي زائد بحيث يدوم يومين او ثلاثة الى ثمانية ايام بدون ان يفعل شئ مخصوص لذلك وذلك يحصل في حالتين متقابلتين * اولا في النساء الشابات العصبيات التي تكون هذه الولادة هي الاولى لهن وتكون اليافهن متينة متنبهة * وثانيا في النساء ذوات المزاج الرقيق والبنية الضعيفة اللينفاوية او اللواتي حصل لهن في بوزطنسيا رخاوة عظيمة قبل اوان الولادة برمن ما

ففي النساء الاول يقل ظهور الطلق لان الفتحة تكون فيها مقاومة عظيمة او حساسية شديدة فيتمد بهل فصد صغيرا اذا سمعت بذلك حالة النبض وقوة المرأة وتلون وجعها وقد يتفعها ايضا استعمال حمام فاتر وعمر يحات بحرهم البالدونافيا المشروبات المخدرة قليلا او المسكنة وفي النساء الاخر يظهر ان حركات الرحم بطيئة ضعيفة فتسكت على هذه الحالة يومين او ثلاثة او اربعة ثم تكتسب قوة عظيمة فتتم الولادة عموما بسرعة عظيمة وهذه حالة مخاتمة

بالكلية الحالة الاولى التي هي البطى الزائد وقد مدحو تلك الحالة وسائط كثيرة مع ان الطبيعة غير محتاجة لاعانة اصلا فان هذا البطى لازم لذلك فلا ينبغي تكديزه بوجه ما وانما يسمح فقط بمحفظ القوى بان يعطى للمرأة بعض اغذية مقوية لنفسه مل زمنا فزمننا مع الاحتراس بعض ملاعق من جيد التبذ وفي بعض الاحيان لا ترجع الاوجاع بعد ان كانت منتظمة قوية الا بعد فترة طويلة فتسار نسبة ذلك للضعف العام للمرأة ولتعب في رجها وناارة لكون حركاتها كانت رديئة الاتجاه او لكون قابلية التهيج في الرحم غير قوية ففي الحالة الاولى تؤمر بالراحة وباستعمال مرقة اذا كان لها شهية وبقليل من التبذ اذا كان العطش والحرارة غير قويين وبالصبر وفي الحالة الثانية تؤمر ايضا بالراحة اذا كان التعب قويا والا فتؤمر بالرياضة ولا ينكر ان المشى والوقوف يقوى سير الطلق يقينا واعلم ان الزمن والصبر هما اعظم علاج هنا غير ان هذه القاعدة مخزنة لامرأة واقعة في الالم والقابلية يتكرر خاطرهما حينئذ من ترجى الحاضر ين تخفيف آلام تلك المرأة على ان هناك احوالا يخشى على الجنين فيها حصول خطر حقيقى وذلك كما اذا خرج من الرحم غاز في سير طولى شاق فانه يخاف حينئذ من كون الجنين مات بالفعل او قارب الموت كما يوكد ذلك جملة مشاهدات

(المبحث الثاني)

(في عدم انتظام الاوجاع والانتقاضات الرحمية)

الاول اوجاع الكليتين * ليس هناك شئ يقلق النساء ويتعبهن ويبطل طلقهن مثل آلام الكليتين ولذلك قال ارسطاطاليس اذا توجهت الآلام نحو الكليتين صارت الولادة شاقة وجميع العلماء والقوابل تعرف ذلك وكل منهم وضع بيان ذلك بما يستدعيه نظره واسباب تلك الاوجاع غير مفرقة عنهم من نسبتها الى اربطة الرحمية وآخرون اتبعوا ارتفاق العانة عن بعضهم ما برأس الجنين ومنهم من نسبتها لانتقاض عضلة مستعرضة للرحم زعم وجودها وجميع هذه الآراء تسقط بالمبحث الدقيق * قال المؤلف ويظهر لي

ان ينبوع آلام الكليتين يوجد في طرف الرحم اى جرثه الدقيق خصوصا
 ما حوالى العنق ويوضح ذلك باقراط الحساسية او قابلية التهييج في هذه الاجزاء
 وبعدم تداوى الانقباض الذى ينتج من ذلك فالنساء اللواتى يصبن بذلك
 يدرن ويضطربن ولا يمكنهن المكث في محل واحد وفي مدة الانقباض يرفضن
 الدفع ويظهن ركان فعلنهن لاجل امسالك فعل الرحم والعضلات البطنية التى
 يخفقن من افراطها وبالاختصار لا تظهر تلك الآلام الا في النصف الاول من
 الطلق ~~ف~~كون غير مطابقة وتشاءد غالبا في الهجيء بالحوض وفي الاوضاع
 المعيبة اكثر من اوضاع الجمجمة فاذا تم كمال اتساع العنق وتقدم الرأس بقوة
 في المضيق تبدلت باوجاع بسيطة فاذا نزلت الجمجمة في التقعر انتقلت كلها
 تقر يبا * وليس عندنا في الصناعة واسطة قوية تلقاومتها ويعد في الغالب
 تسكينها بالقصد والاستحمامات والمخدرات ومضادات التشنج سواء استعملت
 من الباطن او وضعت على العنق ولا ينبغي ان تستعمل الا اذا استدعتها دلالة
 مخصوصة فلذلك كان الصبر والتسليم هما اللذان يعول عليهما هنا واذا اخذت
 ملاءة وثبتت طبقات ومربها تحت القطن فانها تخفف آلام المرأة قليلا
 اذا تكفل بها شخصان على جانبها يخذلها من احدى مناسبات لرفعها وامساكها
 في كل وجع وكذلك اذا اخذت لها مراكب في ركبتيهما المثبتين بان تعانقهما
 باليد او بالساعد وبعضهم ايضا ذكر الضغط الخفيف على الخنثلة كذلك ولكن
 ليس هنالك شئ يقهر غالبا اوجاع الكليتين الا تقدم الطلق

الثاني بطى الطلق وذلك يكون في بعض الاحوال لكون الانقباضات عمرة
 مؤلمة جدا غير مستوية او جزئية اذ من المعلوم ان الالياف الرحمية المحترقة التى
 كانتها تتحدرة لا تقدر على الرجوع على نفسها بجميع شدتها المناسبة فالنساء
 الاقوياء الدمويات العضليات هن الاكثر اصابة بتلك الحالة وتعرف بزعل عام
 وثقل وتلبك يحس بذلك في الخنثلة والحوض وبالتلون الزاهى في الجلد
 وبالنقبض خصوصا حيث يكون كبير اعرضا اوضيقا غير اصلبا والقصد من
 الذراع ينجح غالبا حينئذ ويعطى للاوجاع جميع الحدة اللازمة لها

والحالة الثانية وهي الانقباضات المؤلمة جدا توجد وحدها اومع الحالة الاولى ومن حيث ان سببها حساسية زائدة سوله كانت عارضية او طبيعية وسواء كانت في البنية كلها او في اعضاء التناسل على الخصوص فالمناسب بعد الفصد اذا ~~حكم~~كم ينفعه ان يستعان بالاستحمامات والمسكات اللطيفة بل وفي بعض الاحيان المستحضرات الافيونية

والحالة الثالثة هي اكثر الاحوال وهي الانقباضات الجزئية وقدم من التأمل فيها قوا بل بلاد التيجسا وبعض القرنساويين فتارة يتقبض قعر الرحم وحده انقباضا تشجيا وباقي العضو يبقى حينئذ بدون انقباض وتارة يكون المنقبض احدى زاويتيهِ او بعض من جداره المقدم او من جداره الخلفي او من جوانبه فالآلام تكون حادة مثل ما اذا كان الانقباض عاما بل قد تكون احيانا اشد من ذلك لكنها تحصل في الغالب بنزيف خالص او اقله ان لا يحصل منها تأثير في تقدمات الطلق مثل ما يحصل من الانقباضات المنتظمة واذا وضعت اليد على الخلة يحس ان كانت جدران البطن غير شديدة السمكة بان للشكل البيضاوي الرحى غير منتظم وان فيه تحدبات وعدم استواء وكأنه مرتبط على الجنتين بخيط وهذه الانقباضات التشنجية سماها بعضهم ايضا بتيتنوس الرحم اذا احتوت على جميع العضو

وينبغي اذا لم تمنع حالة المرأة ذلك استعمال الفصد ثم الاستحمامات ثم المسكات البسيطة ومضادات التشنج المنتشرة والافيونية ونحو ذلك * قال المؤلف وقد استعملت بنجاح جملة اشياء منها جرعة مركبة من اربع آواق من ماء الخس والخشخاش البرى ودرهم من ماء زهر البرتقان والنعناع واوقية من شراب القرفل او الخشخاش الابيض ويستعمل ايضا اوقية من شراب الخطمية مع قحمة من خلاصة الافيون اومع خمس قط او عشر من اللودنوم اى روح الافيون وكثيرا ما يكفي ذلك المستدام زمانا طويلا على البطن ويعمل تارة باليد وحدها وتارة بخرق الصوف الرقيقة الجافة الحارة او المنسدة بزيوت البابونج والكمون والمكفورا وماء الكلونيا وهذه الحالة وان كانت الطبيعة

قد ترد هاء الباء بنفسها لاحتياجها للاعتيادية الا انه لا ينبغي اهمالها اولاً لانها
قد تطيل الطلق اطالة زائدة وثانياً لانه يصح ان تعتبر حالة مرضية اواقله
ان ينتج عنها استعداد عظيم للأمراض كالتهاب الرحم مثلاً
الثالث الانتباضات التشنجية في العنق قال المؤلف وقد شاهدت كثيراً
وقوف اتساع العنق بالكلية وتارة ابطاؤه مدة ساعات كاملة بسبب عدم
الانتظام المذكور الذي يستدعي عموماً المعالجة التي نستعملها في الحالة السابقة
والعلاج اللازم لذلك يؤخذ مما سيذكر

البلادونا بواسطة المينة لذلك والاقوى فاعلية من الاستحمامات الموضعية
والحقن المينة او اللعابية والاطلية من جميع الانواع هي البلادونا
قال كيمايان والخلاصات المهددة جيدة الاستعمال هنا انتهى لكن
مع كونها تساعد على اتساع العنق تمنعه من ان يرجع على نفسه فتسبب
نزيفاً مهولاً

ومرهم البلادونا الذي امر به شوسيه استعملته القابلة لتسهيل في بيت الولادة
يبارين ولم يحصل منه خطر اصلاً ولا يستدعي فوسط المرثة الرحية ولا الحقنة
التي اخترعها شوسيه قال المؤلف وكلما احتجت لاستعماله من جت دوره ما
من عصارة البلادونا او خلاصتها مع اوقية من المرهم البسيط او من الشهم
الخلو ثم ادخل بواسطة الاصابع القليظة مثل بندقة من هذا المرهم عارية او على
كبابة من قطنك الى العنق فيكون مشعماً في جميع دائرته فالبلادونا تؤثر هنا
كثباتها على القرحية اذا وضعت بين الاجفان قبل عملية الكتر كما يعرض
ساعات بل احياناً يكون تأثيرها هنا بسرعة غريبة

والافيون مدحه كثيراً من القوابل سواء خلاصته او صبغته فله فاعلية
عظيمة في احوال الانتباضات الرحية الغير المنتظمة وزيدت كمية استعماله
الى مائتي نقطة في مسافة بعض ساعات بل خيروه على الشيل القرن ويظهر
ان فعله يذهب كله للرحم فلم تلبث انتباضاتها اقليلاً حتى تنظم قال المؤلف
وعندي شك في نفعه في خود الرحم ومشايمته الحقيقية للشيل

(المبحث الثالث)

(في الاحتراسات اللازمة لجلب المياه الى القرن)

قد ذكرنا ان تمزق القرن قبل اوان تمزقه وبقائه سليما مدة طويلة قد يبطئ ان
الطلق او يصيرانه مغيبا فقد اتفق ان امرأة في سادس سقط لها بسبب رقة
الاعشية بحث في مشيتها فتحقق قلبه تحمل وصلا به اعشية الجنين ففي هذه الحالة
ينبغي اعانة تمدد الفمحة بدون زيادة شدة الانقباضات الرحمية لان المهم تخليص
الجنين باسرع ما يمكن من الانضغاط الحاصل له ولاجل تحصيل ذلك يظهر
ان المناسب ان تؤمر المرأة بالمشي وان تزدى الاعضاء باى شئ كان
وخصوصا بالمرهم الذى ذكرناه قريبا الى مرهم البلادونا

الطلق الجاف * ليس بصحيح ان يقال كما قال بعضهم ان الطلق يكون آكد
كلما كان انفجار القرن اسرع لكن لا بأس ان ننبه على انه اذا انفجر القرن
قبل اوانه لم تستفرغ جميع مياه الامنيوس قبل ان يمر الرأس وجفاف المهبل
او العنق الذى نسبوا له هذا الانفجار والتمزق ناشئ من سبب آخر وهو تهيج
اعضاء التناسل وقد افراز مادتها المخاطية فبوجوب ذلك تكون الاودية
الرئيسية هي مضادات الالتهاب والمرخيات التى امر بها ايضا بقراط قديما
من الغلظ الخوف من خروج المياه قبل اوانها من الطلق فقد ذكرنا ان هذه
المياه قد تنفد احيانا من البذرة ذكر ذلك مسنير وذكر الحكيم مندانه وجد منها
نحو اوقية فقط ولم يمنع ذلك كون الولادة سريعة سهلة ووجد هو بدوم
في امرأة فطرة واحدة مع ان الطلق مكث ساعة واحدة

فاذا تعوق طرف البذرة عن التمزق لزم تمزيقه وهذه العملية الصغيرة لاجل
فعلها بدون خطر تستدعى مراعاة الشروط الآتية * اولها ان يكون الاتساع
اقله اخذ في التقدم * ثانيا ان يكون الجنين في وضع جيد * ثالثا ان لا يكون
هناك مانع آخر للولادة

فاذا لم يكن العنق زائدا الاتساع خفيف من الاخطا والمثقلة بتمزق الاعشية
السابق على اوانه فاذا لم يحصل في الرحم انقباض اصلا او انقباض يبطئ جار

ان يحصل فيها كما قيل خود تام مع جميع توابعه واذا كان الجنين ردىء الوضع زاد خطر المجيء واستعمال وسائل الصناعة وان كانت لازمة تكون اقل نفعاً لكن لا ينبغي ان ينسى ان مثل هذه القواعد العامة لها استثناء هنالذا كان السائل المهوى في الامنيوس زائد الكثرة جاز ان يعطى له منفذ وان كانت فتحة العنق غير عظيمة وتمسك بعضهم باستعمال تلك الوساطة لتججيل الطلق اذ اتعوق ظهوره واظهر ان الحمل جاوز وقته الاعتيادى وتقول من المحقق ان ذلك ينجح لتعريض الولادة وان ذلك يكون علاجاً قوياً لخود الرحم لانه سبب له ولنا مشاهدات كثيرة تقوى ذلك

الاستسقاء الامنيوسى * اذ ازدحق خدر الفعل الرحمى واضعقه استعماله علاجه القاطع ثم هوسوا حصل من التهاب الأغشية او من مرض في الجنين او من تغير في الرحم او من استهداف المرأة للتزيف بعين دائماً عانة غريبة على خود الرحم فلا ينبغي اهمال علاجه

ويتم ذلك متى كان وضع الطفل غير ثابت او شوهد مجيء الحرقفتين او المنكب او الرأس او غير ذلك من الاعضاء طورا فطوريا في مركز المضيق ففي تلك الحالة يختار لتزق الجيب الوقت الذى يكون الرأس فيه جيد الوضع لان هذا التمزق اذا تركه للطبيعة يمكن ان يحصل عندما يكون الوضع رديئاً كما يمكن ان يحصل عندما يكون جيداً فاذا لم يكن القوس حافظاً لشكل قوس من دائرة بان كان مستطيلاً لاجداً او كثيراً ولم يكن وجوده على تقدم الاتساع لزم تمزيقه وذكروا لاجل اتمام هذه العملية كيفيات كثيرة ويكتفى لذلك سن مبضع او مقص صغير او مطوة اودبوس او ابرة ويهدى ذلك على باطن السبابة نهاية ما يلزم انه ينبغي الاحتراس من اصابة الجنين وامه بشئ من هذه الاجسام والذي يفعل الان عموماً غير ذلك فتم من يحك بظفره البروز الحاصل من البذرة عندما يكون في غاية توتره ومنهم من اختار المقص القوس ومنهم من يمزقه بطرف الاصبع بان يضغط به على رأس الورم نحو قاعدته فاذا لم ينجح ذلك اول مرة كررنا يساً وثالثاً ويكون ذلك دائماً عند شدة الوجع ويصح

ايضا ان تمسك ثنية من الاغشية بالاصابع مسكا جيدا متينا عند ارتخائها بحيث اذا جاء اول وجع شديد يمزق ذلك القرن يقينا وهذه الطريقة آكد وبعضهم بعد ان تمسك الثنية يحكمها على الابهام بظفر السبابة فيحصل التمزق سريرا فاذا تعسر تمزقها بذلك اومة في الاغشية وصلابة طبيعية او مرضية فيها احتيج لتقبها بالآلة فاطعة * فاذا انشقت الاغشية بذاتهن من الاعلى جدا فوق العنق ولم يذهب الورم الداخلى في المهبل وكا انه اتعب سير الظاهرات الطبيعية للطلق احتيج في معظم الاحوال لعمل الثقب وكا ان الشق الذى حصل غير حاصل اصلا فاذا لم يسمع الكيس الغشائى بخروج السائل الامنيوسى الابدان اساع القوهة بزمن طويل فان بقية الطلق يسير بسرعة عظيمة كما ثبت ذلك بالمشاهدة فالمناسب حينئذ في مثل هذه الحالة الزام المرأة بملزمة الوضع الافقى من وقت التمزق

(المبحث الرابع)

(في المياه الكاذبة)

ينبغي ان لا يشتبه على الطبيب مياه الاقحار بالمياه التي تنزل في ابتداء الطلق فان هذه تسمى بالمياه الكاذبة وتزولها في سير الحمل اكثر منه زمن الولادة ولا يفسد لثزق طرف البذرة قبل او ان التمزق وذكروا ان بعض النساء ينجرب منهن ستة اربطال او ثمانية قبل زمن الولادة وبعضهم تشكك في وجودها والا ن لم ينازع فيها الا القليل ولم يعين الى الان مجلسها هل هي من الاوعية اللينفاوية او من ديدان حوصلية تمزقت او هي تصعدات من الامنيوس او ناشئة من شق او تحلل في الاغشية او من تراكم سائل بين السلا الامنيوس او من استسقاء في الغشاء الساقط او انها مجرد نتيجة استسقاء رحي حقيقي خلاف بين العلماء وان قيل لا مانع من كونها تارة تحصل من كذا وتارة من كذا من الاسباب الا ان الغالب على الظن كما قال المؤلف انها انما تنسب بالاكثر لاستسقاء الرحم ولا تنسب له السلى اذا لم يمكن توضيح حصولها من تحلل الاغشية

(المبحث الخامس)
(في بطلان الرحم اى عدم فعله او ضعفه)

السبب الاخير الذى يطيل مدة الولادة هو الضعف المطلق او النسبي
للاتقباضات الرحمية وهذا السبب هو المشاهد غالبا فيمن يتعاطى الادوية
المسرعة للولادة لكن يبعد ان يكون هو السبب الاغلب فاذا كانت بطلان
الرحم واضحة ولم تناسب لتعب عام او موضعي ومنعت وحدها سير الولادة
ولم تحصل منفعة من الاحتراسات والتدبير الغذائى التى ذكرناها وسيما اذا لم
يزل تلك البطلان آخذة في الزيادة كلما تقدم الزمن جازان يؤمر برفع رأس
الطفل الى الاعلى في فترات الاوجاع لتسيل المياه كما قال بذلك بوزوس فيما اذا
طالت مدة الولادة وان تعطى المرأة الجوهر التى يظهر فعلها في الرحم وذلك
كنصف حقن من السناو كالمهنيات عموما فانه يصح ان يعقها بنجاح فيصح
ان يؤمر لها يوررات الصودا الذى كانوا يسمونه سابقا في زمن دولامون
بالدواء السرى بلطالبا مع ان الولادة ربما كانت تنتهى غالبا في مدة التفتيش
على هذا الدواء ولذلك فضل هذا الطبيب اليد على جميع الادوية والابرة
المكهربة السابقة التى استعملها سرلندير مرتين بنجاح كانت عمدة واحدة
في ذلك قبل اختراع جفت الولادة ومثلها ايضا الجلوانية لكن يعرف
الا ن واسطمان هما الاحسن بحسب الظاهر وهما الشيلم المقرن والضغط
البطنى

فاما الشيلم المقرن فالظاهر انه قديم الاستعمال وقد اشتهر استعماله بمشاهدات
كثيرة بالاميرة وفرانسا وانكثيرة ومحقق عند الاطباء القوابل بانه ينه
الاتقباضات الرحمية زمن الطلق ويعيدها بعد سكونها او ضعفها
كميته والامرية * امر المؤلف بكمية من خمس عشرة قمح الى عشرين في ملعقة
او نصف كباية من ماء سكرى وتجدد هذه الكمية مرتين او ثلاثا بين كل مرتين
عشر دقائق الى خمس عشرة * قال المؤلف وكثيرا ما وضعت درهما منه في اربع
اواق من منقوع الزيرفون والنعناع مع اوقية من شراب قشر البرتقان

او الصمغ ويستعمل من ذلك ملعقة في كل عشر دقائق ويمكن ان يستعمل منه
اكثر من ذلك بدون ضرر فقد امر بابتلاع درهم منه بل درهم ونصف في مدة
ايام بدون ان يحصل منه عوارض محسوسة فلا يخاف من حدوث الداء
النشيلي المسمى ارجو ترموس الا اذا دووم على تعاطي الشيلم المقرن زمنا طويلا
بكمية عظيمة (الارجو ترموس نارة تكون اعراضه مقصورة على سدرود وار
وتشجنات ويمشي حينئذ بالارجو ترموس التشنجي والغالب ان يعرض خدر
في الرجلين واليدين فتدبل وتفقدها حساسيتها وحركتها وتفصل عن الجسم
بالغفرينا الجافة ويسمى الداء حينئذ بالارجو ترموس الغفري) وذكر
الطبيب لاسلك مشاهدا امرأة تعاطت مطبوخ عشر اواق في عشرين يوما
واحدة اخرى استعملت ثمان اواق في مدة شهر بدون ان ينتج من ذلك كله
خطر بل تسلك بعضهم بان الكمية اذا كانت اقل من درهم يندران يحصل منها
نتيجة جيدة وبالجملة فالحكم في هذا الموضوع عسر جدا فان هناك احوالا
يمكن ان يتغير فيها فعل هذا الجوهر ويندران يعرف هل هذا الذي استعمل
تمتع بجميع الخواص المقصودة منه والامل ان الكيماويين يحللون هذا الجوهر
ويعرفون الجزء الفعال منه وقد ظن انه قلوي واما الاستحضار المناسب منه
فيمكن ان يتحقق فيما بعد والذي يظهر اننا الان ان مسحوقه الساعم احسن
من مطبوخه بشرط ان يكون جديدا او مأخوذا من حبوب جيدة
محفوظة جيدا

اعتباره اعتبره بعضهم حسن الفعل وبعضهم خاف من فاعليته فاعتبره مسقطا
خطرا وكما يسقط النساء يسقط الحيوانات ايضا ومنهم من استعمله لسرعة
التخلص او لقطع النزيف ومن حيث ان من خواصه الاسقاط ينبغي ان يحترس
من تعاطيه للجبالي خارج زمن الطلق والعشر اواق التي تعاطتها المرأة
في مسافة عشرين يوما واستدام سير حملها لا يعارض ما قلنا لانها اولا كانت
مطبوخة لا مسحوقة وثانيا لا يعرف هل كان الشيلم في هذه الحالة معيبا
ام لا وآخرون اعتبروا الشيلم مضر للمرأة متعبا لاعضاء المهضم مسببا للداء

الشملي وللغفر ينالكن المشاهدات دلت على ان هذا الجوهر لا يكون مسما
اصلا بحيث يسبب موت الاعضاء الا اذا دبروم على استعماله زمنا طويلا
او استعمال بكمية كبيرة وظن بعضهم انه يضر بالطفل ايضا قال المؤلف
والذي شاهدته في اربعين مثالا من الاغربة سواء منى او من اقراني ان سبعة
اطفال فقط ولدوا ميتين

وزعم الحكميم هال انه لا يؤثر مباشرة على الرحم وانما صفاته المهلكة تفسد
اولاد الام ثم دم الطفل واذا اقتبض الرحم فذلك انما هو لاجراج الجنين من
الفعل المسم لذلك الدواء قال المؤلف ويظهر لي ان هذا التوضيح خال عن
الاساس لان النساء لا يوجد فيهن عادة ظاهرة مضادة للتسم مدة شايح
هذا الجوهر ودورة الجنين تتكدر من وجه آخر وظن بعضهم العكس وان
الطفل يكون في خطر بسبب التعسرات التي يكابدها الدم في مروره
من الرحم الى الجنين وهذا الرأي غير مؤسس على شئ ايضا لانه ليس هناك
دورة رجعية مشيية واصلة فاذا مات الجنين حينئذ فذلك لانه كما اثر السليم
في الفعل العضوي اثر ايضا في جميع القوة لقابضة للرحم ففعل ذلك العضو
افعله التي لا يتخلل بينها الافتراة قصيرة ولا تنقطع انقطاعا تاما كما في الطلق
الاعتيادي فذلك يصير الجنين مضغوطا بحيث يحصل تعب بل خطر في دورة
المشيية وحركات القلب وسير السائلات في الجيبيل وفي الاحشاء ايضا
وقد توصلنا بذلك الى ان السليم لا يعطى في ابتداء الطلق ولا قبل ان يصير قويا
وقد ظن ان فعله يكون في الغالب ضعيفا جدا او معدوما او غير نافع اذا كان
الجنين ميتا وانه اذا لم يؤثر في مسافة عشرين او ثلاثين دقيقة لم يلزم اتعويل
على نتائجه ولذا كان من الاكيد عندنا ان الانقباضات التي يحدثها
تتيز باستدامتها عن الانقباضات الرجعية الاعتيادية لانها انقباضات
مرضية

وبالاختصار ينبغي لاجل حصول النتيجة من السليم وعدم الخطر من طبيعته
اولا ان لا يكون هناك ميل ظاهرة للتريف بسبب افتراء التهم

تكون الولادة ممكنة من الطرق الاعتيادية * نالسا ان الطفل يكون جيد
الوضع * رابعاً ان يكون العنق رخواً متصفاً * خامساً ان لا تكون قابلية التمدد
العامة شديدة * سادساً ان تكون اعضاء الهضم في حالة جيدة * سابعاً ان تكون
قله فعل الرحم ناشئة من فقد قابلية التنبيه فيه وان يكون الرأس متقدماً
جداً في المضيق العلوي او في التقعير نفسه

فمنفعة هذا الجوهر في علم الولادة واضحة ظاهرة كمنفعة الكينكين في الحيات
المتقطعة وانما ينبغي الاحتراز من الافراط في استعماله بان يكون بكيفية
منتظمة جارية على وفق الشروط

واما الضغط البطنى فيصح ان يعرب قبل تعاطى الشيلم ويناسب حجمه وصا
النساء السمان اللينفاويات المرتخيات اللاقي بطونهن مهدلة والفعل العضلى
فيه من قليل النمو وهو يقوم من وضع رباط على البطن اى حزام مريض ولذا قال
النجيبى انه احتراس نافع في حالة الارتخاء الزائد للبطن * قال المؤلف وقد
استعملته في حالة انحراف اماهى واضع جداً بقصد استقامة الحركات العنيفة
للرحم ثم بقصد إيقاف بعض عوارض لطلق ككاذب في امرأة ليس لحملها
الاسبعة اشهر واستعمل ايضا في حالة لم يسرفها الطلق مدة ساعات كثيرة
ولا بأس ان تنبه على انه ليس منبهاً وانما هو مسند تستند عليه الرحم فهو
يؤثر هنا كتنثير حرار السعاه بكونه يجهز نقطة ارتكازا لعضلات البطن
والاقتباسات الرجعية ومن حيث انه لا يحصل ضرر من استدامته فلا شئ
لا يستعمل اذا سار الطلق يبطى او كان البطن بارزاً نامياً بقصد حفظه فاذا
اخذت فوطه ووضعت منقرشة من العانة الى السرة وثبتت بمئانة جهة القطن
واخذت فوطه اخرى كحافضة لها تكون من ذلك الجهاز كله الذى يضعه
كل انسان على حسب كيفيته

(القسم الثانى)

(في الولادة العسرة)

تسمى باليونانية ديستوسيا ومعناها ما ذكره في الولادة يتقطع منها وصف كونها

طبيعة اى تحصل من ذاتها عندما تورد بالخطر اذا تركت ونفسها اولئك
كانوا كبراما يسمون هذا النوع من الولادة بالولادة المضاعفة للطبيعة
وبالنسبة غيران النسبية الى اختراها هي التي اسمعها بقرط وكذا غيره
من المتأخرين ايضا وكفى بها جميع الاجوال التي تستدعي استعانة الصناعة
والاولى ان يؤسس تقسيم هذا النوع على طبيعة الاسباب التي نصير الولادة
عسرة

وتلك الاسباب تسبب المرأة او الجنين فتعجزها يحصل فجأة وهذه تسمى عارضة
وبعضها يوجد من قبل ونستدعي ان يطلق اذا حصل يكون عسرا وهذه
تسمى بالتقدمة

فالاسباب العارضة اى الفجائية منها المرض الثقيل كالتهاب المخ او اغشيته
او ذات الرئة او ذات الجنب او التهاب البريتون او الرحم او نحو ذلك مما يظهر
مدة الطلق ومنها التزيف من اى نوع كان بحيث ان كثرة تعرض للفطرحية
المرأة او جنينها ومنها الانقباضات التشنجية والاعياء وتمزق الرحم وخروج
الحبل السرى قبل اوان خروجه والفتق والانور وما والربو والضعف العظيم
في بعض الاوضاع التي لا تصير معيبة الا بعد الاجاوع الاول

والاسباب المتقدمة حين عيوب الخوض وعدم انتظام اعضاء التناسل
او وجود بعض امراض فيها او وجود حصاة في المثانة وورم لبنى او غير لبنى
في التقدير والاضاع المستعرضة للجنين وتنشواته وامراضه

وهذه الاسباب المختلفة انما هي اشياء مضاعفة للولادة فينتج من ذلك ان
ديستوسياى عسر الولادة يشمل كل ولادة مضاعفة بغيرها كما ان اوتوسيا
اى الولادة السهلة تشمل كل ولادة بسيطة

(الفصل الاول)

(في عسر الولادة العارض)

(المبحث الاول)

(في التزيف)

من المعلوم عند جميع الناس ان الحركات العنيفة للولادة تزيد في خطر التزيف
 زيادة عظيمة مهما كان نوعه سواء كان رجا فاقوت دم او قي دم او بول دم
 او تزيه خارجيا فلا يبعد الا ان يسلط فيحاما يسلط في التزيف عموما فان دام
 السيلان بهذا لزم ان تحصل الولادة باسرع ما يمكن واما الخلع
 وهو التزيف الرحي فهو الكثير الوجود والعارض الثقيل الذي يلزم البحث
 عنه هنا لا كما راض مضاعف للطلق قط بل ايضا كمرض ذاتي يتميز بصيب
 الحوامل واما التزيف الحاصل من غزق الرحم او بعض الاوعية المجاورة لها
 فالبحث عنه يكون في فصول اخر

فالتزيف الرحي يسمى بالكامن او الدفين اذا سال من الاوعية واحتبس
 في الرحم ولم يخرج الى الخارج ويسمى ظاهرا اذا خرج من اجزاء التناسل
 اولا فاولا واتخذ الى الخارج

(المطلب الاول)

(في اسباب التزيف الرحي)

المعروف نوعان من الاسباب اسباب متبجئة واسباب متممة وله ايضا
 اسباب مهيئة

الاول الاسباب المهيئة ذكرها في جميع الازمنة السابقة ان بعض النساء
 قد لا تلدا الا اذا حصل لها هذا التزيف وامثله ذلك كثيرة قد ذكرنا وان الذي
 اشتغل بهذه المسئلة في بلاد الانقليز امرأة ولد تسع مرات بمصاحبة
 هذا التزيف واخبرته بذلك حينما نادت له في العاشرة وبصم ان يوضع هذا التزيف
 في بعض الاحوال بان دغام المشيمة في عنق الرحم بناء على ان النساء اللاتي
 شوهدن هذا الاندغام بهذه الكيفية في اول ولادة يخافن عليهن الخطر من
 مشاهدة ذلك فيمن في الولادات الاتية وذكرا انجليي امرأة حصل لها ذلك
 ثلاث مرات واخرى عشر مرات غير ان سبب ذلك وان كان موجودا
 في عدم حالة المرأة الا انه قد يعرض ايضا لذوات الامرجة الرخوة والعصبية
 واللينغاويات والرفاق والشقر اللواتي بكرن بالحيد عن وكان سيدانه منهن غزرا

واللواتي فيهن ما عدا ذلك حساسية قوية وجلدهن رقيق واعينهن مع ذلك
كبيرة وخدودهن مودرة فينبغي للمولدان يحترس عليهن من هذا العارض
مضى حان

الناسي الاسباب المتبعة * جعل بزوس ومن بعده السبب المنتج الرئيس
للتزيف هو انفصال المشية قال المؤلف وينظر الى ان هذا الرأي غير قوي
لانهم جعلوا النتيجة سببا فان انفصال المشية ليس هو المنتج للتزيف وانما
التزيف هو الذي فصل المشية فالضربات والسقطات والوثبات العظيمة
يصح ان ترعج الرحم وما في باطنها لكن من حيث ان البذرة تكون كثانة علوة
وملاسة بدون واسطة لجميع سعة تجويف العضو المحتوي عليها فاشد ازعاج
واضطراب يهسر ان يكون كافيا لفصل هذه المشية فمادامت الاغشية غير
متفرقة عسرة صور انفكالك المشية منلما تفك من فعل عنيف لسائل يجتهد
في ان يمر بانقذاف في باطن العضو ومن العجيب ان هذا الرأي بقي مدة طويلة
مقبولا عند كثير من مشاهير الرجال مع انه اذا اختبر لم يؤخذ منه توضيح
التزيف الرحمي وذلك لان في كل وقت يشاهد حصول هذا الانفصال كلا او بعضا
في اثناء الولادة الطبيعية مع انه لم يكن هناك تزيف اصلا على ان هذا الرأي
استند على هيئة تشر يحية غير موجودة لان البذرة منطبقة على سطح الرحم
انطبا قابسببلا لانها منضمة به انضماما متينا فالمشية والرحم لا يتصلان
ببعضهما الا بواسطة مسام لا بواسطة افواه وعائية غليظة فالظاهر ان السبب
المنتج للتزيف الرحمي مشابه لبقية انواع التزيف كالرعاف مثلا فالتصعدات
الدموية تحصل في الرحم كما تحصل في الانف من تأثير احتقان موضعي
ووفور دموي وحالة تهيج مخصوصة فاذا وصل هذا الوفور الى درجة ما تصاعد
الدم بقوة فتختلف شدتها من سطح يختلف اتساعه كما يحصل ذلك عندما تكون
الرحم فارغة فتم يحتاج الى اندفاع قوي لان البذرة التي قهرت على الانفصال
لتفتح مسلكا تعارضه وتقاومه يقينا وبالاختصار يهوان كيفية حصول
التزيف الرحمي الغير الناشئ عن داء جرحي واحدة في اي زمن كان

وبأى حالة كان في مدة الحمل أو في مدة الولادة

الثالث الاسباب المتصلة بالاسباب المتصلة للتزيف الرحمي كثيرة ويمكن نسبتها للحالة العامة للمرأة والحالة المخصوصة لأعضاء التناسل وللحواض الحاصلة من الاسباب البادية

وذكر استول وغيره ان في بعض الامراض الواحدة جميع الداءات الصفراوية يصحبها نزيف رحمي وذكروا من ذلك ايضا الامراض الديدانية وبعض آفات القناة الهضمية وجميع التشوشات الخفيفة التي تعصب الارتداعات السجارية في الرحم فالتعب وكثرة الرقص والفرجة في الملاعب والسهر الطويل واستعمال الاغذية المنبهة والسوائل المسخنة والمسهلات والاستحمامات الفاترة والجواهر المسقطه والانزعاجات النفسانية وجميع ما يكثر السائل الطمعي ويكره جميع ذلك قد يحدث هذا التزيف ومثل ذلك ايضا قرحة العنق وبوليبيوسه والاورام الليفية وغيرها في سلك جدران الرحم او فيما يجاور سطحها الظاهر والافعال المهرمة الغير اللائقة لأعضاء التناسل وكل ما يجذب السوائل نحو الحوض والحركات القوية ورجة العرابيات وركوب الخيل والعنف في حمل ثقيل او رفعه والسعال والقيء والارتجاج الحاصل في الجذع من سقطه على القدمين او الركبتين او الالبتين والضربات على البطن والحوض وامراض المستقيم والثانة وجميع احوال الامزجة والامراض والحالات الطبيعية والعارضة القابلة لان تحدث احتقاناً دموياً وجميع ما يسبب الاسقاط بحيث ان نفس الحمل والولادة من الاسباب القوية للتزيف الرحمي الرابع اندغام المشيمة على عنق الرحم ويضم للأسباب السابقة سبب قد يكون في بعض الاحوال سبباً خاصاً اذا تزاى التزيف يحدثه وحده وهو اندغام المشيمة على عنق الرحم وامثله ذلك كثيرة في كتب المؤلفين ثم ان المشيمة سواء جاورت فوهة الرحم بمركزها او بجزء آخر قريب او بعيد لدلتلها ان تخرج تزيها صفته المميزة هو انه لا يظهر غالباً الا في الاشهر الاخيرة من الحمل عندما يتدأ اتساع العنق من اعلى الى اسفل وليس عندئذ ما يبدل على انه قد يحصل احياناً في الشهر

الثالث وان جزم بذلك بعضهم والمؤلفون نسبوا ذلك لتمزق الاوعية الرحمية المشيمية * قال المؤلف ولقد غلطوا في ذلك يقينا بتوهمات نظرية او ظاهرات كاذبة تشرى بحجة وهم التماذك ذلك ما تحققته من مشاهدات كثيرة اجتنبتها مع غاية الاحتراس

وذلك ان المشيمة اذا اندمجت على العنق فان هذين الجزئين يفوان معا الى نحو الشهر الخامس او السادس او السابع بل احيانا الى ثمانية اشهر ونصف وتلك الاختلافات بتضخيمها جيد اذا اخترنا ان احدا لاسباب المظنونة لذلك الاندغام هو النوا غير الاعتيادي للرحم ثم بعد ذلك يبعد ما حو الى القفحة عن المركز بسرعة بحيث ان جزءا من البذرة التي تعظم شيئا فشيئا يبقى غير ملتصق بشيء من الرحم وهذا الجزء الذي هو رخو وعافي يمكن ان يجذب فينشق بل يتمزق فينهز منه نزيف يخاف منه على الجنين اكثر من الام ومن جهة اخرى لا يحصل تغيير المحل المذكور بدون ان يتيج الجزء السفلي من الرحم ويصير محال لو فور دموى واحتقان واضح فعند ذلك يضاف السبب المنتج العام للنزيف للسبب الخاص القاتم من وجود المشيمة على العنق ثم من المعلوم ان هذين السببين اعنى تمزق بعض اوعية من نسيج المشيمة وحالة احتقان الرحم قد يوجد كل منهما منفردا عن الآخر وانه اذا كان الاول يشوب الثاني غالبا جاز ان يوجد وحده وان الثاني اذا وجد من قبل يبقى بحيث ينتج خطرا قريب الوقوع بدون ان يحتاج للاتحاد مع الثاني مع ان من المعلوم ان الضربات والوثبات والازعاجات الشديدة وبقية اسباب النزيف الرحمي الاعتيادي قد تحدثه ايضا في حالة اندغام المشيمة على القفحة فيتبع ذلك ان السبب القريب لهذين النوعين من النزيف واحد وهو الوفور الدموى واسبابهما المهيئة واحدة غير ان وجود المشيمة على العنق يكون دينا متما مخصوصا قويا في نفسه يكفي وحده لاحداثهما او اما من جعل ذلك سببا لا بد منه للنزيف فقد غلط وعندنا امثلة لذلك فالمشيمة قد تنفصل كلها وتنزل في المهبل بدون ان يحصل من ذلك نزيف قد شوهد نزولها قبل الجنين باربع ساعات

بدون زيف مخيف

الخامس نزيف من اوعية الحبييل السرى والمشيمة * ظن المعظم الآن
ان القنوات الوعائية للحبييل السرى قد تتمزق مدة الطلق ويحصل من ذلك
نزيف ثقيل وقد ذكروا احوالها تتمزق غير تام للحبييل مع نزيف في مدة
الطلق ولم يكن في الحبييل صرولا برم وامثلتها كثيرة وشاهد مؤلفنا من ذلك
حالتين احدهما انه حالة خروج الطفل تمزقت اوعية بين الامنيوس والسلا
وثانيتهما ان الحبييل والامنيوس خرجا وحدهما بعد الولادة وبقيت المشيمة
والسلا في عمق الرحم احتيج لادخال اليد لاجل اخراجهما قال المؤلف ونحن
لا نذكر امكان النزيف من تمزق الحبييل غير ان المشاهدات التي اسس عليها ذلك
اذ البحث فيها بمجمل جيد وجدت غير مفيدة ثم ناقش في تلك المشاهدات وانهى
كلامه بان قال يصح في الحالة الراهنة لمعارفتنا ان نزيف الحبييل ممكن
لانه مبرهن عليه

والعروق السرية وفروعها المنفرشة على الوجه الجنيني للمشيمة قد تتمزق
احيانا وعندنا ذلك امثلة كثيرة لكن ذلك انما كان لكونه ما قبل ذلك كانت
مريضة والغالب ان يكون ذلك في الاشهر الاولى من الحمل حينئذ يموت الجنين
ويحصل الاسقاط ولا يشاهد النزيف الا بالبحث في الجنين * قال المؤلف وكثيرا
ما وجدت اجنة لها ستم اسابيع او شهران محاطة باغشيتها ومنفصلة **ك**لا
او بعضا عن جيلها وقرب تلك الجيلات نشاهد قطع من دم متجمد وتارة
اكياس صغيرة اورسمية او دوائية على الحبييل او على التقاسيم الثانوية لهذه
الوعية وجد ان تلك الاكياس رقيقة جدا تتمزق بادنى قوة وذكر انجليي
نزيفا ناشئا من تمزق عرق مركرى من المشيمة وحصل منه انصباب رطلين من
الدم بين الرحم والمشيمة **ف**يكون ذلك مشالا جديدا للنزيف باطنى يدل
على ان هذا النوع من النزيف يندران يكون خطرا قبل ان يتحول الى نوع آخر
وذكر انجليي في حالة اخرى من تمزق المشيمة قطعة دم متجمدة وزنها
ثمانية عشر اوقية

وبعضهم رأى ان النزيف كثير اما يحصل من الوجه الوحشى للمشيعة بعد انفصالها كلا وبعضهما كان محل اندغامها وايد ذلك يوجب فى رسالة افها فى هذه المسألة بمثال ذكره الطبيب ميرى وهوان جنينا شوهدت اوعيته خالية من الدم لكون امه ماتت بنزيف بريوتى وبامثلة غير ذلك الا ان هنالك امثلة اخرى وتجرىبات فى الحيوانات ثبتت خلاف ذلك اى ان الجنين لا يموت باستنزاع دمه فى النزيف الرحمى غير ان هذا رأى غير قوى الادلة فى رسالة الطبيب يوجير

(المطلب الثانى)

(فى تشخيص النزيف الرحمى)

النزيف الرحمى له علامات عامة وعلامات مخصوصة ومن العلامات العامة ما يعلن بالنزيف ومنها ما يصاحبه او يعقبه
الاول العلامات المقدمة قد يظهر هذا النزيف فى بعض النساء بدون علامات مقدمة وفى بعضهن يسبقه غالباً انخرام واضح فى وظيفة من وظائف الجسم او اكثر قبل ظهور الدم ببعض ساعات بل ببعض ايام يحصل للمرأة تعب فى يديها وملل فى الاطراف وثقل وخدر فى الحوض وحرارة وقشعريرة متعاقبان فى جميع الجسم وبعض عطش وضعف شهية وشبه نسيج وحرارة يصعدان للرأس فيحصل فيه دوار ويحمر الوجه او يصير كالخا والنبض يكتسب قوة وتواتر وسرعة والغالب ان توجد حركة حمية حقيقية

الثانى العلامات التى تدل على وجود النزيف اذا سال مقدار عظيم من الدم بحيث يخاف منه الخطر فقد النبض قوة وصلابته فيصير غير منتظم مرتعشاً والوجه يكلج والجلاد يبرد ويحصل على التعاقب بسرعة غريبة فوراً فى الابصار وطنين فى الان وضعف فى المعدة وتناوب وتغى وغثيان وقد للحس والحركة وانغما بل وحركات تشنجية

ويتبع العلامات المقدمة سيلان الدم للخارج فى النزيف الخارجى وهذه الصفة واضحة جدا للتمييز غير ان فى بعض النساء قد يشبه النزيف الحقيقى

بالسيلان الطمثي البسيط فبودلوعمل غاية جهده في ايضاح هذا الجزء من
التشخيص فظن ان الحيض مدة الحمل يختلف عن النزيف الرحمي بان لا يكون
معه الم ولا فعل عنيف ولا انخرام زائد في الصحة ولا وقور دموى سابق
وبان السائل يكون مصليا قليل التلون ولا يتجمد وبانه قليل وينتهي في يومين
او ثلاثة او اربعة ويظهر في الادوار الاعتيادية للحيض ولا يضعف المرأة
وانما يعقبه صحة جيدة عامة وانطلاق في ممارسة الوظائف وعكس ذلك يشاهد
في النزيف الحقيقي * قال المؤلف واذا اومل في ذلك شوهد ان هذه الصفات
تختلف في الغالب * فاؤلا من المحقق ان الحيض في كثير من النساء قد يسبقه
نفس اعراض النزيف الاكثر خطرا * وثانيا ان النزيف لا يكون دائما مصحوبا
او مدولا عليه بالعلامات العامة السابقة فيمكن ان يكون لطيفا جدا
في الابتداء او مكوفا من دم مصلي او حامل لمادة ليفية ويكون موافقا زمن
الطمث ففي الحقيقة حيث كانت كيفية حصول الطمث مثل كيفية حصول
النزيف لم يمكن تمييزها بين الظاهرتين عن بعضهما بعلامات خاصة ذاتية
وزيادة على ذلك ان هذا التشخيص الاختلافي لا يفيد شيئا لان النزيف ان كان
خفيفا لم يحصل ضرر في الوظيفة الطمثية من استعمال الاحتراسات التي
تستدعيها الصناعة فان خرج الدم بمقدار كاف بحيث استدعى الوسائط القوية
جدا كان لا فائدة في الاجتهاد حيث تد في فصل الطمث عن النزيف الرحمي

الثالث ينقسم الآن النزيف الباطني الى اربعة اقسام احدها ان الدم يمزق
الاغشية ويخرج من باطنها وثانيهما ان لا يحصل الا بعد الولادة فلا يلزم
ان نشغل به الآن وثالثهما ينسب له الاقليل من الممارسين مع انه غير نادر
وصفته احتباس الدم وتراكمه في المهبل وشوهد هذا كثيرا غير انه لم يلبث قليلا
حتى يصير ظاهريا وهو وانما يمكن حصوله مدة الطلق بل مدة الحمل ايضا
الا ان الغالب مشاهدته بعد الولادة واما رابعها فالدم فيه يتراكم بين المشيمة
والاغشية والجزء المقابل لها من الرحم فتكون منه بسرعة مختلفة قطعة
متجمدة عدسية تضغط على البذرة وتقمهر الرحم على ان تتدد تمدد اميخا نكيا

لتقبل السائل المنصب لكن نقول نعم المشاهدات وان كانت تمنع التعقل الا انه يلزم ان تكون غير منازع فيها بان تكون جيدة المشاهدة مناسبة التأويل فيصح ملاحظة هذه الشروط في جميع الامور الواقعية المذكورة لتقوية التزيف الباطني اليس من المحقق ان الدم الذي في كثير من الاحوال يسيل بكثرة وقت تمزق الاغشية لا ينصب اولا في باطن الامنيوس فكيف يدرك ان الذي يخرج من الاوعية الرحمية بكمية قليلة يمكن ان يمدد الرحم فجأة تمددا عظيما مع انها كانت قبل ذلك ممتلئة بالبذرة امتلاء تاما ولا ينزل بين هذا العضو وما احتوى عليه لا ينصب خارجا عن تجويفه كيف يختار ان التصاق المشيمة الذي هو ضعيف طبيعة يقاوم حركة الدم الذي يجتهد في ان يفعل تجويفا اكثر من مقاومة الرحم التي لا تقاد الا بعسر قصارى الكلام ان الدم يسيل الى الخارج بعد ان يفضل الاغشية او يمزق البذرة وينصب في تجويف الامنيوس فاذا بقي بين المشيمة والرحم لم يمكن الا في حالة نادرة ان يتراكم هناك بكمية عظيمة حتى يتكون منه نزيف خطر فالنزيف اذن لا يتميز عن التزيف الخارج الا بعدم وجود الدم في الخارج او بالنحو الغير الاعتيادي للرحم والبطن

الرابع نزيف مع اندغام المشيمة في العنق ~~في~~ التزيف الحاصل من ارتباط المشيمة فيها حوالى القصة كثير جدا بحيث عدمه اثنان واربعون مرة من ثلاث وستين من التزيف العارض حتى ذكر بورن ان ثلثي التزيف الكثير ناشئ من اندغام المشيمة على العنق والثلث الباقي من ارتباطها بما حوالى القصة وعلى رأيه ان التزيف الذي لا يجذب معه لزوم الولادة ينشأ من انفصال محال اخر من البذرة ومع ذلك فالمناسب في حالة ما اذا مات الطفل من ذلك ان يكون الدم آتيا من العنق ومهما كان في هذا النزيف عن غيره ~~بكونه~~ لا يظهر قبل الخامس وان الدم يسيل اولا بكمية قليلة ويقف من نفسه ثم يظهر بكثرة بعد اسبوع او اسبوعين وبانه يعرض غالباً بدون سبب ظاهر وبدون علامات مقدمة وبانه يرجع في ازمته تكون اقرب والكمية اكثر كلما كان الحمل اكثر

تقدم ما وبان الدم في زمن الطلق يخرج خصوصاً مادة الانقباض لافي ازمة
 الفترة كما يحصل لغيره من الانواع فاذا ~~كان~~ رطوبته لم يسئل الا بمقدار قليل
 ولا تضعف المرأة الا يطئ اطرافها يحصل فيها الاوذ بما يعرض لها انتفاخ
 في الوجه وانتشاح في الساقين ويذهب منها لون الشفتين ويصير الجلد اصفر كايها
 كلون الشمع في جميع سعتة وهذه العلامات هي الرئيسة الا انها قد لا توجد
 في ابتداء النزيف ومتى اريد ازالة الشك اضطر للجس فتوجد القتحة في العادة
 رخوة جدا متسعة ويستشعر بدل الاغشية بجسم اسفنجي داخل في الجزء
 العلوي للعنق كما يحصل ذلك في رأس مخروط واسع القاعدة لكن ينبغي الحذر
 من ان تشبه قطعة جامدة من الدم بالمشيمة وان لا يفصل هذا اللمس
 الا اذا احتيج اليه وان هذا البحث ربما جدد النزيف باثلافه التجمدات التي
 وصلت البنية بمساعدتها الى قطعه

وقد لا يتبع النزيف الحاصل من اندغام المشيمة على العنق هذا السير الذي
 ذكرناه فقد شاهد دوبركز عروضة في الشهر السادس وانقطع من نفسه ولم يرجع
 الا وقت الطلق وشاهده ديزرموس مرة في الشهر الخامس وفي جميع السادس
 وكثر جدا بحيث قهر على الولادة وذكر المؤلف عروضة في التاسع ولم يصرف ثقلا
 الا قرب الولادة مع كون المشيمة مثبتة بمركزها على القتحة ووضع ذلك دوبركز
 بقوله ان المشيمة تمسك العنق فتمنع زيادة اتساعه او تطيعه بدون ان تمزق لكن
 اثبت المؤلف العكس اي ان المشيمة يمكن ان تنفصل انفصالا زائدا بدون
 ان ينتج من ذلك نزيف فينتج ذلك ان الحالة التي ذكرها دوبركز وان كانت
 في الواقع صحيحة الا انها لا تنفع في معظم الاحوال فان في احوال اخرى
 اذا كان ذلك في الحمل الاول والرحم مائل جدا الى الامام يكون العنق متفتحاً
 قليلا ومرفقا بحيث ان الدم يمكن ان يتراكم من الاسفل بكمية قليلة وينتج من
 ذلك ما يشبه النزيف الباطني

الخامس اذا كان النزيف ناشئا من تمزق بعض اوعية المشيمة او الحبل كانت
 صفته انه يمتد الجانبين بسرعة ولا يضعف الام الا فيما بعد وبالجملة يحصل منه

ولا بد كما في الاحوال التي ينصب فيها الدم في باطن الاغشية ثقل في الحوض
والخثرة وجذب في القطن والاريتين وقرب المعدة والذي يقف في المهبل بحيث
يمدده يتسبب عنه ما عدا اعراض النزيف الباطني الام شديدة في جانب الرحم
وزحيره وتطلب كثير البول واحساس بثقل عظيم في الدبر

(المطلب الثالث)

(في انذار النزيف الرحمي)

الخطر الذي يحصل من النزيف الرحمي يختلف باختلاف الاحوال كالسن
وقوة المريضة ونوع كثرة الدم وزمن الحمل ومهارة القابلة في الازمنة
الاول من الحمل يندر ان لا تنجو المرأة من الخطر وانما يخشى على الجنين
لان الاجهاض لازم له في الغالب اما في الاشهر الثلاثة الاخيرة فان حياة
الجنين تحفظ في الغالب واما حياة المرأة فيخشى عليها كثيرا لذلك تقول الخطر
للمرأة يكون اعظم كلما هدم الحمل وعكس ذلك في الجنين لكن هذه القاعدة
اغلبية كما عرفت والنزيف في الاسقاط قد يصير بتكرره خطرا وامثلة ذلك كثيرة
والنزيف الظاهر اقل خطرا من الباطن لان في هذا الاخير يكون الداء
في الغالب اقوى من وسائل الصناعة حينما يدرك واما الاخر فتسهل معرفته
من الابتداء وحياة الجنين تكون مهددة جدا بالخطرا كمن من حياة الام
في حالة نزيف الحبل او المشيمة وعكس ذلك في النزيف الرحمي الحقيقي فاذا جاء
النزيف بقوة بحيث كان يخرج من الدم عشرة ارطال في مسافة نصف ساعة
كما شوهد ذلك مرة كان الخطر قويا لكن يتدرج وصوله الى تلك الدرجة مدة
الطلق فاذا قتل فجأة ولو كان خفيفا كان ذلك من عروض تمزق في القلب
وليس الخطر في النزيف باعتماد كمية الدم السائل وانما ذلك يكون بحسب
النتيجة التي تحصل منه في الجسم البشري عموما فان من النساء من سكنت
لحدها بغير طرل او طلين من الدم ومنهن من تفقد بقدر ذلك مرتين او ثلاثا
بدون حصول مشقة لها ولا حاجة لان فهمك على ما هو معلوم من ان الاقوياء
الدمويات يتألمن من النزيف اقل من اللينة وايات الضميمة * فاذا نجت

المرأة من الموت في حالة النزيف الكثير فلا تقل من ان يخاف عليها الخطر من رجوعه ومن الارشاحات العمومية او الموضعية والالتهابات البطيئة في الرحم والبريتون وصفاق الصدر والتامور والالام العصبية من جميع الانواع واما الخطر الوقي فيحكم به على حسب ثقل الاعراض المشاهدة في لم يكن الضعف قويا وكان النبض حافظا لقوته وصلابته وتلون بالجلد وظهرت تخاطيط الوجه بدون تغير واضح لم يحصل من النزيف تعب ولا قلق عكس ما اذا كان الوجه باهتا والاطراف باردة والنظر متكدرا والنبض ضعيفا ثم مر نغسا غير متعلم ويقط الرجا اذا حصل فقد الحس والحركة وعرض انحاء وتشخيصات

ثم ان موت الجنين وان كان هو الغالب للنزيف في الاشهر الاربعة او الخمسة الاول من الحمل وان اللازم في الغالب خلو الرحم فيما بعد ذلك الا ان من الغلط ان يستتج من ذلك انه لا يمكن اناة انتهاء حميد لان من الثابت ان النزيف الخفيف سيما في الازمنة الاول من الحمل يقف حالا من المعالجة الجيدة فلا يزال الطفل باقيا على نموه الى تمام الحمل بل شوهه ان الدم صار يسيل بحيث ضيف على حياة المرأة ومع ذلك لم يحصل الاجهاض فن ذلك ما ذكره بربوت في امرأة لازمت سريرها من الشهر الرابع الى ابتداء التاسع بسبب نزيف كان ياتها زنا فزنا ومع ذلك ولدت ولدا حيا مثل غيرها وشاهد المؤلف امرأة اصببت بنزيف كثير في الشهر الثالث من حملها الثاني فققدت فتحو رطلين من الدم في مسافة ست وثلاثين ساعة ومع ذلك لم يحصل لها اجهاض واعظم من ذلك ما ذكره الحكيم قورسام في امرأة اصببت بضربة على البطن فحصل لها نزيف في الشهر السادس ثم ظهر مررات كثيرة في السابع مع قوة عظيمة بحيث انه خرج في مرة منها نحو اربعة ارطال ومع ذلك حصلت الولادة بعد كمال الاشهر ووجدت المشيمة مندغمة في قعر الرحم

(المطلب الرابع)

(في انتهاء النزيف الرحمي)

الزريف الرحمي يظهر انه كثير في جميع البلاد وينشق بثلاثة كيبات الاولى
 ان الدم الذي يخرج الى الخارج يكون احيانا في نفسه دواء فانه اذا ازال
 احتقان الرحم ازال الوفور الدموي منها لا يبقى فيها احتقان اصلا وترجع لها
 موازنتها الاعتيادية فالوفور يصح ان يكون في العنق او المهبل او الجزء السفلي
 من الرحم فلا يفسد الاتصافات الاصلية للبذرة بل تبقى سليمة ولا يتعوق
 نموها الايسرا والمشيمة وان انفك التصاق جزء منها بسيلان الدم على سطحها
 الوحشي قد تبقى مع ذلك في محلها وتقطع الزيف وتبقى حياة الجنين
 محفوظة كما في غير ذلك من الاحوال والثانية ان يتقطع الزيف بعد ان يدوم
 زمنا طويلا والبذرة وان انفصلت وحصل فيها بعض تغير لا تدفع بل تبقى
 في الرحم مدة يختلف طولها والثالثة وهي الغالب ان تحصل انقباضات
 رجعية وفي تلك الحالة تنفث المرأة بالاسقاط او الولادة او قلب الجنين او بوضع
 جفت الولادة

وتسلك بزوس بان الزيف اذا انتقطع جازان يحصل في الاجزاء التصاق جديد
 وذكر ذلك مشاهدا تقويه لكن طعن فيه المؤلف وتقل عن بعضهم واقروه
 انه متى فسد انضمام البذرة بالرحم بسبب الوفور الدموي لم يمكن رجوعه
 فاذا لم يحصل من ذلك اجهاض ولا ولادة ولا موت الجنين فاما ذلك الا لا يكون
 التنبيه الزيفي حصل خارجا عن حدود المشيمة وكيفية ما يحصل كادات عليه
 المشاهدات هو انه حالة كون الدم متهورا على ان ينزلق نحو العنق يترشح
 جزء مختلف سمته من كتلة المشيمة او من القشاء الساقط فتكون جلطة اى
 خثرة اولى من الدم ثم نائية ثم ثالثة وتسير تلك الطبقات المختلفة السيل كثيرة
 حالا اذا ابطأت شدة الوفور الزيفي فتحدث ضغطا يعين على حفظ الدم
 في عروقه الخاصة به وقطع تلك الجلط للدم ليس لكونها تسد فوهات عريضة
 او غلا جذوعا غليظة وعائية وانما لكونها تسد كون على هيئة صفائح
 او اقراص تسد مسام الرحم فحركتها هنا كحركتها فيا اذا تراكت في الانف
 وقطعت الرعاف

فإذا لم يشغل التزييف مسافة واسعة بقي الطفل حياً كشجرة ازيل جذر
 أو أكثر من جذورها فالتشرب يزيل الجزء السائل وتجمد الطبقات اللبنية
 وتبقى إلى أن تحصل الولادة بدون أن يتسبب عن ذلك التصاق حقيقي جديد
 للجزء الحامل لها قال المؤلف قد شاهدت شلبة أصيبت بنزيف خفيف ثلاث
 مرات في الشهر من الأخيرين من حملها الأول وكانت الفترة بين المرات خمسة
 عشر يوماً وولدت كغيره بدون اعتبار شيء مخصوص فوجد على سطح المشيمة
 ثلاثة أقراص متميزة عرضها نحو ثلثي الريال الفرانسا وكان أحدها الأقرب
 إلى حافة المشيمة مكوناً من جلطة حمراء أيضاً عدسية يعصر فصلها من المشيمة
 وثانيها مكوناً من تجمعات لبنية امتن من الأولى وقليلة التلون وثالثها
 على هيئة أترة ألصقاوية فمن الواضح أن هذه الثلاثة مجاورة لحل الأثرقة الثلاثة
 التي حصلت قبل الطلق * ثم قال المؤلف فاطن وفاقاً لمورسوس وغيره
 أن المشيمة التي انفصل جزء منها يجوز أن تبقى في الرحم ويقوى هذا الرأي أيضاً
 بالتغيرات الكثيرة التي شوهدت على السطح الوحشي للمشيمة في بعض النساء
 اللاتي ولدن بعد كمال الأشهر أو لدا أحياء وذلك ككاهيئة العظيمة
 والانسقروسية واليورة الصديدية والديدانية وغير ذلك مما شاهدته الأطباء

(المطلب الخامس)

(في معالجة التزييف الرحمي)

من المحقق أن التزييف الرحمي في الأحوال مرض يستدعي غاية الامعان
 والمعرفة والمهارة فإن زيادة نائيتين في مدة هذا العارض أو قصهما قد تؤدي
 إلى موت شخصين عزيزين أو حياتهما ولذا كان من المهم اختيار الدواء
 واستعماله بوجه مناسب والوسائل التي يلجأ إليها في ذلك كثيرة جداً
 فنهلما يوضع في جميع الأحوال بدون تمييز ومنها ما لا يستعمل إلا في بعض
 أحوال مخصوصة

الأول المبردات * الراحة والحمية والنوم على سرير من شعر لامن ريش في أوضة
 مظلمة لا شديدة الضوء خالية من اللفظ مطلقة الهواء لا حارة ولا مقفولة

والمشروبات المحللة او المحمضة الباردة جميع ذلك يكتفى في الغالب اذا استعمل في الابتداء وكان التزييف خفيفا وقدمد حوالها الوضع الافق وعدم الحركات العنيفة وظن بعضهم انه ينبغي للاحتراز من التزييف ان تحفظ المرأة باردة مدة الطلق ومدح او ان عند حصوله وضع قطع صغيرة من الجليد او من سائل متجمد في الباطن وكذلك يورن لم يعادل بالبارد غيره وقال انه يعين على تجدد الدم في او عينه المخصوصة فهو يخلف الربط في تأثيره وزعم اوليغير انه شفي التزييف بمساعدة خرق من جوخ مبلولة بماء بارد في امرأة اجهضت بسبب التهاب عنق في البوار وحصل النجاح ايضا لبعضهم من استعمال السكب البارد على الخثرة في تزييف حصل عقب اسقاط او ولادة قال المؤلف ولتنبهك على ان استعمال المبردات في مثل تلك الحالة اذا كان بدون تلطيف قد يحصل منه خطر فقد يصير سببا لالتهاب رخى او نوع آخر من الالتهابات كالالتهاب البريتوني كما شوهد ذلك فان كانت المرأة قوية وسما اذا كابدت الفلامان المقدمة وكان معها قشعريرة ودلت حالة النبض على الامتلاء فصدت من الذراع فيخرج منها ساق او اق اوسع من الدم

فاذا لم تنجح هذه الوسائط الخفيفة في الابتداء ولم تكابد المرأة سابقا علامات الوفور الدموى وكانت بالطبيعة ضعيفة امر لها بالهولوات والمبردات من الظاهر وبالاستحمامات اليدوية البسيطة او الخردلية او المروحات الجافة على الاطراف الصدرية وعلى الصدر وطول السلسلة وتوضع المهاجم العريضة على الثديين وقد اتفق في حلة فيها تزييف مع ضعف انه ينجح وضع حراقة على الخثرة ومن النافع ايضا رش ماء بارد نقي او مخمس او اتيرى او نوشادرى على البطن والجزء الانسى من الغنذين ويصح ان يوضع على ذلك ايضا رفايد مبلولة من تلك السوائل او ماء جليدى وما استنيط من التجريبات الكيماوية وضع محلول تحت كبرونات النوشادر على الخثرة فانه من الوسائط التينة الموقفة للدم

والطبيب يورن مدح الشب كثيرا وكثير من المجرىين وجد منافع كثيرة

من الافيون واعطوه بكمية وافرة ~~كثلاثين~~ نقطة في مسافات متقطعة
اذا كانت قابلية التهييج قوية جدا. والسكر الزحلي اعنى خللات الرصاص
مستعمل هنا كثيرا ومدح الديجيتال كثير من الانقليزيين لكن جميع هذه
الوسائط قليلة الاستعمال بفرانسا ~~كما~~ قال المؤلف والذي نتج لي من تجريباتي
ان الشب والافيون خصوصا لا بأس باستعمالهما فقيمهما منخفضة ولذا كان من
العقل استعمال خللات المورفين لانه حصل منه نجاح عظيم ومثل ذلك ايضا
الرتانيا مطبوخة او خلاصة والبستورنا وشراب السفرجل وقرن الايل
واوصي بعضهم بربط الاطراف ربطا قويا فيحصل في دورة الدم تكررا نافع
لقطع النزيف وحيث كانت هذه الواسطة نافعة لذلك كان من الغلط ان يعمل
استعمالها لنزول الطمث المهتبس كما امر بذلك بعضهم

الثاني الشيلم المقرن ~~لا~~ يصح اهمال استعماله في النزيف الحاصل وقت الطلق
فانه يابقا طه اندفاع الجنين وانقباض الرحم يلزم ان يوصل لا يقا ف النزيف
قال المؤلف غير اني لا اشير به هنا الا اذا ~~كان~~ ان الطلق متقدما جدا فلا خطر
في استعماله فيما قبل السابع لاجل الاسقاط اذا لم يكن في الجنين اماره حياة
وحتم بالا جهماض بخلافه في الشهرين الاخيرين من الحمل فانه قد يسبب
موت الجنين بدون ان يداوى النزيف ثم قال ولا ازال اجزم بان الشيلم المقرن
غير مناسب للاستعمال في النزيف الرحمي متى عرفت حياة الجنين الا اذا ظهر
الطلق وتقدم الرأس للمضيق تقدما رائدا

الثالث اللزق الخردلية ~~كما~~ قال المؤلف وضع اللزق الخردلية بين الكتفين يستحق
انتباه الممارسين وقد استعملتها مرات كثيرة في احوال مختلفة وثبتت انها
من اقوى الهولات وانفعها ونا كد ذلك عندي من مشاهدات ~~كثيرة~~
من الاطباء واستعملتها في الاشهر الاول من الحمل وفي زمن الطلق وفيما بين
ذلك فكانت نتيجتها سريرة ونظير ذلك ما تستعمله العامة احيانا في ارياف
الادور بالمرعوفين من وضع مفتاح او خرق او نحوها مبلولة بالماء البارد
بين الكتفين مع ان الخردل سريع في ايقاظ التشععات السماوية لكن يظهر

بالتعقل ان هذه الواسطة مضره اذا كان النزيف معصوباً ببرد فعل عام في الجسم
وكانت اعراض الوفور الزينقي لم تزل في قوتها في مدة الحمل والطلق اذا انفصل
معظم البذرة ونحتم اندفاعها يصح ان تنقص هذه الواسطة شدة الوفور
الدموي ~~لكن~~ لا ينبغي الاعتماد عليها لقطع نزيف كان قبل استعمالها
خطراً متعباً

الرابع استعمال الصب الصاعد على القسم القطني لكن هذه واسطة تستدعي
تغيرات كثيرة حتى تناسب النساء اللاتي معهن نزيف غزير وبعضهم ذكر
انه اجتناب نفعاً عظيماً من استعمال ازونات البوتاسه بكمية درهم او اثنين
او ثلاثة او اربعة اوسه في اليوم ومنهم من زعم ان من الادوية الثمينة لذلك
استعمال قمصتين من الجوهر الدانج في كل ساعتين وآخرون ذكر
الاستركنين ومدح لذلك ايضا الا يهل بكمية ثلاث اواق مسحوفا وارقتين
خلاصة واربع وعشرين قمعة زيتا وعمل من هذا الجوهر حبوب كل حبة
ثلاث قمعات ويعطى من تلك الحبوب من اربع الى عشر ثلاث مرات في اليوم
ووجد لهذا الدواء من بعضه بفرانساعيران هذا الجوهر النباقي لكونه
حريفا لا يركن الى استعماله استعمالا عاما فاذا كان في النزيف شائبة تقطع
اعطيت الكينكينا وعاشرت صيته في هذا الداء ماء القرفة وصبغتها واما المسك
الذي امر به هوف بكمية ست قمعات في كل اربع وعشرين ساعة فانه مهيج
ويعسر استعماله

الخامس السدادة هي واسطة قديمة الاستعمال ذكرها بقراط وغيره
ومدحها قوم وذمها آخرون ونحن لا نقول انها مضره دائما بل هي كغيرها
من الوسائل العلاجية المهمة قد تكون علاجا جيدا من يدي شخص ماهر
وقد تصير آلة قاتلة من يدي شخص جاهل فغدا لا يظهر ان من عدم الرأي
استعمالها في ابتداء النزيف ما دامت اعراض الامتلاء موجودة وانصب الدم
في باطن الاغشية وكانت الرحم عديمة الحركة لانها ترديد في التنبيه ويبقى السائل
الدموي مسودا في الباطن فيعين على تمدد الرحم تعدد الاحدله ومع ذلك

لم يثبت الى الآن جيدا ان ضررها حينئذ اكثر من نفعها والتعقل الموافق
 لكثير من الامور الواقعية يحمل على ظن انها قد تكون من اقوى الوسائط
 لازلم الرحم بالانقباض وخلاصها من الاحتقان فهذه الخاصية يخشى
 من استعمالها اذا خيف سهولة اندفاع الجنين ولا تستعمل الا بعد تأكيده عدم
 نفع غيرها من انواع المعالجة ولقد اصاب الطيب بورن في منع استعمالها
 اذا كانت المرأة ضعيفة جدا لانه يلزم حينئذ تفريغ الرحم بمافيها بأسرع ما يمكن
 وسيأتى لنا في فصل تخلص المشيمة انه لا بأس باستعمالها بعد الولادة
 وقد ثبت من المشاهدات انه لا خطر في استعمالها في الاجهاض ولا في حالة
 اندغام المشيمة على عنق الرحم خلافا لمن زعم ذلك

وينظم بحسب التعقل في الابتداء ان في حالة اوضاع الجذع وفيما اذا وجدت
 المشيمة في الفوهة تكاد ان تعدم فاعلمية السدادة لان الرأس والابيتين والظهر
 او الكتف قد يجبرهن الى النقطة ارتد كان كافية ولكن قبل تمزق الاغشية حيث
 كان الجزء الذي حضر يبعد عن العنق عند كل انقباض لم يعتمد على مثل هذه
 النقطة الارتكازية فموجب ذلك ليس هنالك ما يدل على ان السدادة غير
 مناسبة في جميع اوضاع الجنين

وتجهز السدادة بانواع مختلفة فمنها ما اكتفى بملي المهبل من مشاق او تفنيد
 او خرق قديمة او اسفنجة وذكروا ليس انه ليس بلازم ان يذهب بها الى العنق
 ومنهم من لف الرفاند لفا اسطوانيا وادخلها الى الفمحة ومنهم من اختار عمل
 كيس وملاء مبيجواهر قابضة لكن البسط الطرق هو ان يفعل شبه قيص او كيس
 من خرق رقيقة مدهونة بجرهم بسيط ويدخل فارغا الى طرف الرحم ثم يملأ
 بكرامة من قطن او مشاق تيل او شبه ذلك ثم يثبت برباط ناعى على هيئة
 التاء الا فرنجية وبعضهم امر بدهان السدادة بزيت لكن الظاهر ان ذلك نافع
 سهولة ادخالها فقط ولا بأس بما اشار به بعضهم من الخل او الماء المخلل
 لما ان فعلهما القابض قد يكون نافعا وان كان هنالك دم متجمد او خارج
 حينئذ يكون ذلك حاجزا ممانكا وجوها اقرباذا فيما حيث يقاوم التزيف

منع ذلك وربما مدح لذلك ايضا نتيحة من منديل توضع فيها قطعة من جليد
وقالوا ان ذلك يزيد في تجمد الدم الذي اعان على حصوله اولا التزيف نفسه
وعلى كل حال فهي سداة حقيقية اولا لكونها تسد منفذ الدم فتسد او عية
التجديد المجهز له وثانيا انها تضرس عنق الرحم بما فيها من صفة الاجسام
الغريبة والقابضة فتغير حيوية الرحم وتوقف فيها خاصة الانقباض وتجدد فيها
رد الفعل بحيث يحصل من ذلك حالا اندفاع الجنين

فاذا حصل نجاح من السداة انقطع سيلان الدم من القرح وسكنت
الاعراض السببوقية العامة شيئا فشيئا وصارت الخثرة اصلب بدون ان يعظم
حجمها واذا لم يتبع ذلك تفريغ الرحم حصل للبمراة بعض زحير وثغنى وثقل
في الحوض واحيانا مغمص خفيف وفي عكس ذلك تظهر الام شديدة
واقباضات رجمية حقيقية وينتهى حال الخلط الدموي والسداة وناقج العلوق
بان تخرج كلها معا واحدا بعد الآخر خارج اعضاء التناسل

وبعض النساء يحصل لهن ثقب من السداة مع انه لم يكن معهن اثر انقباض
رحمى ويسالان الخلاص منها مع الحاح شديد فالذى ينبغي عموما ردسؤالهن
متى لم يكن هنالك علامات نزيف باطنى لان شكايتهن في تلك الحالة انما هي
تدلل لا فوجع ولا فبعد زمن ما يشاهد فين انتظام الوظائف نعم اذا اشتدت
الآلام فين بحيث خشى تولد عوارض عصبية وتشنجات اجبن لذلك
ولا جل ان لا تعرض المرأة لتجديد النزيف تترك السداة في محلها اطول زمن
يمكن اقله بعض ساعات بل يوم فاذا ظن عدم لزومها كفى ازالة الرباط التانى
فاذا لم تكن ممسوكة في الاعضاء بقوة خارجة نقلت بنفسها من الفوهة بطي
اذا لم يستحسن استخرجها * والنتيجة الاعتيادية للسداة في المطلق
وفي الاسقاط هي ايقاف النزيف وتحريره اندفاع الجنين فلا يلجأ اليها
الا اذا لم يكن تعويق الولادة لازما

السادس الضغط * الضغط البطنى ينبغي الحاقه بالسداة واستعماله كواسطة
حافظة في ابتداء المهددين بالنزيف وهي واسطة مينة لم يحصل

منها ضرر فتؤخذ رقائد عريضة مدروجة توضع على القسمين المرققين او
 المظهرين والخلعة ويشتلن بحزام البطن او بقوطة ويصح ان تندى تلك الرقائد
 بخدم بوظيفة السائلات المبردة او القابضة بدون ان تمنع استعمال الادوية
 من الباطن ولا السدادة وقد ثبت من المشاهدات الكثيرة منفعة الضغط
 قد ذكرنا اننا نعالجها عظيمها من الخرق المبلة بالخل مع ضغط شديد
 على الخلعة وكثيرا ما وقف الطبيب استول الزيف الشديد بالضغط الرحم
 للضغط اقل من الجانب الايمن للعوض واستعمل هو تيركيسا مخلو ارملا
 موضعه على الخلعة باسم واسطة ضاغطة

السابع توسيع العنق وتزيق الاغشية تقول قبل ان نذكر الولادة القهرية
 ان بروس ذكر عملية اسط عند موافق بحالة البنية قال وذلك ان تدخل اصبعها
 في الفوهة ثم اصبعين ثم ثلاثة وهكذا وتتغش بها فينتج الحمل منها ثم يخلصها
 فاذا لم يكف هذا فابتدأ بتوسيع العنق بالمناسب وبالبطي على حسب ما تقتضيه
 شدة العوارض فاذا لم ينفع ذلك ايضا فاقب الاغشية فان الخلو الذي يحصل
 في البذرة يندران لا يعقبه انقباضات اندفاعية من الرحم ثم يحصل للحن ذلك
 ولادة قبل اوانها غير انها اقل خطرا للام وجنينها مما اذا استخرج الجنين
 بالصناعة رجلا طيب لكن ذلك يكون مناسبا على الخصوص اذا حصل
 التزيق في مدة الطلق او كان الحمل متقدما جدا وقد ناقض هذه الطريقة
 كثير من خوفا من تفرق الاغشية قبل اوان تفرقها ومن عدم حركة الرحم وفعله
 المستطيل على الجنين بعد ذلك حالا ويظهر ان التجليبي فضل هذه الطريقة
 على غيرها من الادوية وزاد فيها زيادة لا بأس بها وهو انه بعد تفرق الاغشية
 يرفع رأس الجنين ليسيل الماء فذلك الاحتراس يقهر الرحم على الخلو وعلى
 ان تقبض ويمنع الرحم من انسكابه في الباطن وبوربون الذي اتفق انه قلب
 الرأس في ذلك شاهد انه مبردون ان تستشعر به القابلة فتوجد جلاطة اى قطعة
 دم متجمدة صغيرة خلف الطفل ونظن هذا الطبيب ان السدادة اقل تنفعا
 من ذلك حتى ولو كانت المشيمة مندغمة على العنق ما تله قليلا الى الجانب

لان الرأس حينئذ يوقف التزيف بنزوله وقد فُتحت هذه الطريقة في ستة
احوال مع كوسا لنُفِجَتْ في ثلاثين مرة مع ميرمان في الشهر الاخير من الحمل
وامثال ذلك كثيرة واخترع بعضهم للنعمشة مسبارا مخصوصا لكن الاصبع
كاف لذلك ثم قول بالاختصار ان تمزق البذرة واسطة قوية للتزيف
وقا عليها اعظم ايضا من السداد اذ الم يحتاج لتقهقر خروج البذرة
وقد استعملها سابقا مورسوس وديونس وعرفا مقدار الاهتمام بها لكن
تقول من الواضح ان السداد ما عدا تمزق الاغشية تتم تقريبا لوازم طريقة
بزوس وانه اذا كان التزيف شديدا يكون من الغلط استعمال هذه الكيفية
وعدم انهاء الولادة باسرع ما يمكن

الثامن التوليد القهري اذا كان الطلق سائرا بانتظام يقطع النظر عن التزيف
ولم تقف القوى بسرعة قوية كفي في المادة ان تهبه الانقباضات كما سبق وتترجى
المرأة في تقوية شجاعتها ونسوبة حر كاتها العنيفة حتى ان الرحم نفسها
تخلص من الجنين المتوينة عليه وتنجح في قطع التزيف اما في حالة العكس
عند ما لا تسمح ندرة الاوجاع بان يفوض الامر في اللينة فيلزم المولود ان يبادر
بالتفتيش على الجنين فاذا دخل الرأس في المضيقي العلوي وكان العنق منفصلا
افتتاحا كافيا وبالاولى اذا وصل الى التفتير كان المناسب استعمال جفت الولادة
ويدون ذلك يحتاج لعملية التحويل ويلزم لتوجيه اليد في الرحم ان تكون
الفحمة متسعة جدا او فيها بعض اتساع فلا يلجأ الي هذه الواسطة الاخيرة التي
تستعمل على الخصوص في التزيف الحاصل من اندغام المشيمة على العنق
الافى الازمنة الاخيرة من الحمل او اذا ابتدأ الطلق قهرا بواسطة الطبيعة
او الواسطة التي ذكرناها ومن السعدان فحمة الرحم تكون في العادة رخوة
وتعطى عمر النفوذ اذا كان هنالك تزيف وزيادة على ذلك ان الخطر اذا كان
مكربا كان اللازم كاهو واضح همر مقاومة الفحمة بقوة عنيفة وذلك اولي
من ان تترك المرأة في احوال محسنة اعنى لتزيف صاعق والتوليد القهري في حالة
التزيف من الطرق القديمة ولا يعرف بالضبط مخترعه

الناسع ان يكون السبب هو اندغام المشيمة على العنق * لا ينبغي ان يترك
للاطبيعة اهتمام انتهاء الولادة بنفسها اذا كانت المشيمة المندخمة في القهوه
نفسها هي السبب الموجب للترقيص بل ينبغي ان تعمل عملية التحويل باسرع
ما يمكن كذا حال رجي ولكن طلب هذا المؤلف اتساع العنق ثمانية خطوط
الى عشرة ليدس بلازم ايضا اذا كان العنق رخوا كما هو العادة بحيث يمكن
ان تنفذ منه اليد

وبعض الممارسين اشاروا في هذه الحالة المخصوصة بان يفتش اذا وصلت
الاصابع للعنق على الجز من دائرة المشيمة الاقرب من غيره لتجه اليد لهذا
الاتجاه ونظن آخرون انه في احوال التحير او التي لا يسمح فيها بالتأني يكون
الاحسن اجمال هذا التفتيش الدقيق وتقب جزء البذرة المحاذي للقهوه
وتزيقه لتتمكن حال اقدا الجنين فالاولى من هاتين الطريقتين توصل
الى استئالة مضرة والثانية التي اوصى بها جلوس حيث قال يلزم الطبيب
المولد ان يثقب المشيمة اذ لم يقدر ان يقلبها ومدجها بحجر يبر وغيره تزيد ولا بد
زيادة غريبة في التزييف تمزيقه العروق المشيمية وتعرض حياة الجنين لخطر
تقيل لانها تصير استعراجه طويلا عسرا وما عدا ذلك يضطر لطرد الجنين
وتفوقه من فتحة المشيمة التي باندفاعها بالمكبكين او الراس تحدث بالضرورة
بعض عواقب في باقى العملية وشواه ذلك موجودة في المؤلفات

واحسن الطرق الطريقة التي تبعها بورطال وذلك انه بدون اعتبار دائرة
المشيمة متى وصلت اليد الى العنق يتجه بها الى الامام او لا ثم الى يمين المرأة
اذا كانت تلك اليد هي اليسرى والى يسارها اذا كانت اليمينية ففى اقل من ثانية
يوصل الى الجزء الغشائي من البذرة فيثقب ثم تمسك القدمان بسرعة ويمكن
ان يخرج الجنين قبل المشيمة وهذه الطريقة من حيث انه لا يطغى فيها ولا تعسر
لم يحتاج معها الاتباع وصية جلوس في الطريقة التي قبلها

وفي انواع اخر من التزييف اذا عملت عملية التحويل وكانت الحرققتان في القرح
ولم تبق الرحم عديمة الحركة يظهر ان من العقل ترك انتهاء الولادة للطبيعة واما

في اندغام المشيمة على العنق فان العملية متى ابتدئت لم يعرف كونها تنتهي
 بسرعة شديدة وسبب هذا الاختلاف واضح في الحالة الاولى تدوم الدورة
 المشيمية على سيرها فلم تكن حياة الجنين معرضة للهلاك ولا حياة الام
 معرضة للخطر عندما يتقطع سيلان الدم واما في الحالة الثانية فلا يمكن اتمام
 وظائف المشيمة فاذا تعوق الحال بعض الحظوظ جازان يموت الطفل وليعلم
 الطبيب المولدان المرأة تكون على خطر عظيم في حالة النزيف اذا قطع بولادتها
 بعد زمن متأخر لان افراط التألم الذي يسببه التخلص القهري للمشيمة
 والذبول الفجائي الذي ينتج من ذلك (اي الذبول الحاصل من استفراغ الدم)
 يعقبهما غالبا في مثل هذه الحالة سقوط قوة شديد الثقل والخطر وهو مبدأ
 محزن لموت محقق وهذا هو ما حصل لاخت موريوس التي لم يحضرها احد
 من اقرانه الاطباء فالتمت ان تباشر حالها وحدها الى نهاية الوضع ثم لا تخفى
 المشقة في التخير بين شيئين وجدان هنا وذلك ان الطبيب اذا لم يفرغ الرحم
 ماتت المرأة ولا بدواذ اخلص مشيمتها جازان تموت ايضا في مدة العملية
 او بعدها ببعض دقائق لكن القلب يعمل الى الثاني فانه شوهد فيه رجوع المرأة
 والجنين للحياة ما حييا فاما مع انهما كانا في حالة موت ظاهري وان اردت
 زيادة على ذلك كعملية نقل الدم من وريد حيوان الى وريد حيوان آخر فراجع
 مبحث الاجهاض وتخليص المشيمة

(المبحث الثاني)

(في التشخيصات)

قد يزيد اضطراب المرأة التي في الطلق وكرها وقت شدة الاوجاع بحيث يؤدي
 ذلك الى اصابها باكفات تشنجية فلذلك توجد كثيرا تلك الاكفات في النساء وقت
 الولادة ثم ان تلك التشنجات قد تكون عامة وقد تكون موضعية فتصيب طرفا
 واحدا او كثيرا والوجه او غيره من الاجزاء المنعزلة او تصيب جميع العضلات التي
 تخدم للمخاططة والغالب انها لا تسلط الاعلى العضلات التي تحت سلطان
 الارادة وفي بعض الاحوال تصيب ايضا الاحشاء التي دخل في تركيبها غشاء

لحمي وذكروا في نوعا من التشنج لا يصيب الا العضلات المصمتة والعاصرة
للاعضاء الجوفية كالخفيرة والمرى والمعدة والامعاء والمثانة والرحم نفسه
والقلب ولا سيما المجلب الحاجز

(المطلب الاول)

(في التشنجات الجزئية)

التشنجات الجزئية نادرة قال المؤلف وان كان كثير من الامثلة التي زعموها
من هذا القبيل منسوبة في الحقيقة لغير ذلك اذ لا شك ان النقيء المستمر الذي
يحصل لبعض الحوامل منسوب لحركات تشنجية في المعدة وان الخفقان الذي
بالغ كونه يرفع الثياب كما شوهد ذلك منسوب لنوع تشنج في القلب
واما التشنجات الجزئية فتوجد عادة بمنظر آخر

وعلى كل حال يمكن ان تقسم هذه التشنجات كالتشنجات العمومية الى نوعين
تشنجات صلبة وتسمى بالجود وتشنجات اضطرابية اي ارتعاشية فالنوع
الاول ثابت كانه يتنوبى والنوع الثاني متردد ومصحوب بحركات غريبة
والغالب ان التشنجات هنا تنشأ بهذا النوع الاخير مع احساس بكرة تصعد
من الخلية الى الحلق وتشاهد بالاكثر في الاشهر الاربعة الاولى من الحمل وان
كانت تشاهد ايضا في الرجال كما ذكر بروسيه الصغير مثلا لذلك وشاهد المؤلف
ايضا مثالا آخر والعامية تظن ان ذلك ناشئ من السحر او من تسلط جنى او نحو
ذلك من الخرافات وتظهر هذه التشنجات في اماكن

اولا في جدران البطن وقد يظهر في بعض الاحوال ان المصاب بذلك هو جدران
البطن على الخصوص قد شاهدت بواضع الصغير تشنجات جزئية بطنية غريبة
في حامل لها خمسة اشهر او ستة فكانت جدران البطن تقبض بقوة والرحم
تدفع في التقعير ثم يشاهد بعد ذلك رجوع هذا العضو فجأة لمحل ووثوبه كوثوب
كرة مرنة اتقدفت من الارض ثم تظهر تحديات في الحاضرتين والشراسيف
وانقسم السرى وكأنها ناشئة من الانقباض التشنجي في الاحشاء كاتقباض
جدران البطن ثم انتهى حال المرأة بالشفا بدون اجهاض

وثانيا في الاحشاء كثيرة اما تكون الاحشاء وحدة واحدة كما في التشنجات فقد اتفق
 ان شابة من الارياق عمرها اثنان وعشرون سنة ومن اجها نايابس مصبي ولدت
 ولادة طبيعية في ثالث ولادة لها واقتضى رأيها ان تفارق سررها وترجع
 لاشغالها في اليوم السابع الا انه احتراها آلام في الخشلة الزمنية بان تمام على
 سررها ثانيا في اليوم العاشر من ذلك ارتفعت من حركات حاصلة في بطنها
 تظهر زمنافز منافع شدة جديدة قال المؤلف فنوديت لاجت فيها فتصير
 في ذلك مثل تحير المريضة وذلك اني شاهدت بين الحلد والعضلات كان كرة
 تريض في جميع اقسام البطن السفلى تارة نحو التقعر وتارة في الخاصرتين
 وتارة نحو السرة ثم تحولت تلك الكرة احيانا الى تشدات تغذ بلطف من
 التجويف البطنى الذى جدرانه يظهر كونها حافظة دائما لخلوها الاعتيادية
 فن ذلك توهمت المرأة ان في جسمها حيوانا وانها معدة لجهنم ولذلك صارت
 مجنونة بالكلية وحملت الى المارستان وماتت بعد سنتين بدون ان تقطع عنها
 هذه الحركات الغريبة فلما فحنت وجد البريتون وعضلات القسم الخلقى
 مسودة كسواد الابنوس مع انها سليمة وليس في اعضاء الهضم تغيرا صلا
 والرحم كانت كأنها مبدورة باورام صغيرة ليفية واحد البيضين استحبال
 الى كيس كثير الخلايا وكذلك البوق المحاذى له

وثالثا في المهبل زعم سيملى وبلاك مشاهدة تشنجات في المهبل قوية بحيث
 منعت الجنين عن ان يخرج وامامها جرنند وموتد بير ونجيسل فقالوا انهم
 استشعروا بانقباض المهبل بحيث تحيدت يد الطبيب مدة المطلق لكن الظاهر
 انهم غلطوا في تلك الاحوال

رابعا في الرحم التشنجات الجزئية في الرحم هي التى تستدعى اقباضا وقد نبهوا
 عن ساقى كل الازمنة وتشاهدت عدة الحمل والطلق وبعد الولادة تشنجاتها
 من اردى مدة الحمل بحيث تشكك الرحم بشكل قزحة فارغة وذ كرد ونوس
 وغيره حالة كانت الرحم فيها ترتفع وتنخفض وتذهب الى الخمين واليسار بقوة
 غريبة واكدتيت في مشاهدته ان الانقباضات كانت شديدة بحيث كان

يظهر ان الرحم المتحركة بهضلات البطن تنزل في كل لحظة نحو الفرج وانه يلزم حفظها بالا اصابع خوقا من خروجها

وتشجبات الرحم مدة الطلق تكون اسهل معرفة في دور الاندفاع حيث يكون لكل انقباض فعل تشنجي حقيقي ثم ان التشجبات تستولي احيانا على العضو كله والغالب ان لا تستولي الا على قسم منه ويكون ذلك هو قسم العنق سواء القهقهة الظاهرة اى المهبلية او القهقهة الباطنة اى الرحمية ومع ذلك ينبغي الحذر مما ذكره المذاهدون من الانقباضات التشنجية للعنق قبل ان يصل الرأس للتعريف ان الاعتقال والتشنج يوجدان اذ ذلك الغالب قرب جسم الرحم لاف جهة المهبل اذ لا يوجد في هذه الجهة الا بعد مرور الجزء الذي جاء للفوهة وكتب المؤلفين مشحونة بامثلة من ذلك وقد تحصل تلك الظاهرة اى التشجبات عند التخليص اى خلاص المشيمة وينتج من ذلك تكيسها وامثلة ذلك كثيرة ايضا

(المطلب الثاني)

(في انواع التشجبات)

التشجبات الولادية لها اشكال مختلفة مقابلة بالآفات التشنجية في احوال اخر من الحياة ولذلك عدوا منها تينوسية وكاليسية واستيرية اى اختناقية ومرعية وسكتية ورعشية واما ميرمان فلم يشرح هذه التشجبات الا باسم مرعية وقال فوجيل ان ذلك صرع حاد وذكر يورن ان الاكثر ~~كونه~~ كونه من طبيعية كلامبسية او تينوسية ورتبه ادريس على ثلاثة اشكال مرعية وسكتية واستيرية اى اختناقية ولما خاف بولدول الثاني من كون هذا الاختلاف في الاسماء يجعل الافة الواحدة امرضا مختلفة ونبه على ان الاكلامبسية في النساء اللاتي في الولادة تستل على احوال ~~كثيرة~~ كثيرة ليست فيما بينها الاضداد الحركات العضلية ظن انه يلزم ضمها تحت اسم تينوس وصرع وكلامبسية قال المؤلف واظن كالمقابل لشييل ان التشجبات في الحوامل والوالوات في الطلق والولادة تختلف غالبا عن التينوس والـ ~~كلامبسية~~ والصرع

واختناق الرحم والسكته وغير ذلك وان الاحسن ان يحفظ لها اسم ايكلامبسيا
وهي التي سماها ديستوسيا شخصية اى الولادة العسرة الشخصية

فقد علم من المشاهدات الواقعة في اماكن متعددة كثرة الايكلامبسيا كثرة
نسبية باعتبار الاقاليم واختلفوا كثيرا في تلك النسبة وهل تلك التشجات
في بلاد لا تهايزا اكثر منها في فرنسا والعكس * قال المؤلف لم يتفق في الف ولادة
شاهدتها بعيني في مارستان المدرسة مشاهدة مرة واحدة من هذا الداء مع
اني شاهده مرار في مارستان الولادة بمدينة طورس وفي مارستان
القديس لوبرن حيث كنت مستغلا بذلك مع اتبناه قليل وازيد على ذلك
اني شاهدت في اقل من الف وخسمائة ولادة ستة عشر مشالا في الاعمال المدنية
وربما كثرت في بعض السنين وفي بعض احوال جوية فقد ذكر بوتيلوس
ولسبيل انه اتفق احيانا ضرورة هذا الداء كمرض وبائي بيت الولادة يارس
بحيث كان لا يصيب امرأة واحدة الا ويصيب جملة من معها ومن يجوار
سرها في اوضاعها

والزمن الذي يكثر فيه هو زمن الطلق والغالب ان لا يكون في اوله ولا في آخره
وانما يكون ذلك في الدور الطويل الفاصل بين هذين الطرفين وسيما وقت
خروج الرأس من عنق الرحم وقول من النصح المحقق وقال الشوسيه انه ينظم
خصوصا في الشهرين الاخيرين من الحمل او كما قالت لسبيل انه يندر قبل الشهر
السادس * قال المؤلف وقد شاهده في السادس واما الخامس فنادر كما علمت
واما الذي يحصل في الاشهر الاول الاربعة فيقرب كما قال بورن من الاستيريا
الى الاختناق الرحي وقد شوهد ايضا بقله بعد تخليص المشيمة * قال المؤلف
واكد لي طبيب انه لم يشاهده كذلك مرة من ثلاثين حالة من الايكلامبسيا
التقطها من بيت الولادة لكن يصح ان يكون ذلك على سبيل المواقفة
والا فالايكلامبسيا ليست نادرة بعد الولادة وبالاختصار يؤخذ الحكم
من الاختلافات الشخصية التي ذكرها المؤلفون بمقتضى الجدول الآتي

مورسوس ٤٢ حالة

مدّة الحمل	٧	٣	مات منهم
مدّة الولادة	١٩	٤١	
بعد الولادة	١٦	٥	
مدّة الحمل والطلق	١	١	
مدّة الطلق وبعد الولادة	٢	١	

ميرمان ٤٨ حالة

بعد الولادة	٦		
مدّة الولادة ذات التوم	٣	٤	ماتت
مدّة الولادة	١١		مع الحفّت
مدّة الولادة	٩		مع كسر الرأس ٢ ماتتا
مدّة الولادة	٤	٢	تحوّل ماتتا

واحدة ماتت قبل ان تلد

١٤	ولدت بدون استعانة	٥	متن
٣٦	فالمبكرات منهن اى من كانت فى اول ولادة لها	٣٦	واللواتى شفين

٣٧ واللواتى متن

واما الاطفال فالاحياء ١٤ والاموات ٣٤

مؤلفنا فلبسوس ٢١ حالة

مدّة الحمل	٧	٢	ماتتاو	٥	شفين
مدّة الطلق	٥	٢	ماتتاو	٣	شفين
بعد تخليص المشيمة	٩	٤	متنو	٥	شفين
٢١	٨			١٣	جمعية

(المطلب الثالث)

(فى اسباب التشنجات)

اسباب الايكلام بسيما كثيرة منها مهيشة ومنها حتمة

اولا الاسباب المهينة

هذا الداء وان كان يشاهد في جميع الفصول والاسنان ورتب الناس ودرجات الحرارة الا ان الاقوياء والمثلاثات واللواتي فيهن الالياف يابسة والوجه متوقد والعنق قصير ويحضن كثيرا والعصبيات الازرقا القابلات للتيج اللواتي هن محل للاوجاع العصبية والسابات او الحاملات باول حمل لهن هن المعرضات للايكلام بسيا اكثر من غيرهن

قال ميرمان التشنجات الولادية تنشأ من قابلية التيج العامة وتوزن الرحم اوزيادتهقل المجموع التناسلي وهو وان كان كثيرا في اول حمل للمرأة الا انه قد يوجد في غير ذلك فقد يعرض في الحمل الثاني والثالث والرابع بل والخامس حتى بدون ان يكون اصابها في الحمل السابق بحالة المعدة والامعاء يظهر انهن اتعين على ظهوره وعلى ذلك اسس بعض الممارسين امرهم المرأة باسطة عمال المقيثات والمسهلات في مثل تلك الحالة ووافق على ذلك كثير من المؤلفين الانكليزيين ولذلك شاهد شوسيه ان المرأة في زمن النوبة تضع يدها احيانا بقوة عنيفة فهو القسم المعدي كانها غزقه فاخذ من ذلك ان المعدة يلزم ان تكون حينئذ زائدة التيج وهو رأي مكمل ايضا غير ان هذا الرأي لم يحتر في الحقيقة الا في قليل من الاحوال

وارتشاح الاطراف بالمصل خصوصا السفلى سبب آخر للايكلام بسيا يستدعي اتباه المولدين الان مكمل تشكل في تأثيره مع ان ذلك مما يسهل تحقيقه بالبحث في الامور الواقعية قال المؤلف وعندى يقين كما عند القابلة لشبيل بان النساء اللاتي معهن ارتشاح معرضات جدا للتشنجات

وينبغي ان يراد على هذه الاسباب العامة الاسباب الخاصة وهي ما سيذكر الاول مدة الحمل الايكلام بسيا في مسير الحمل كانهما تتجم زمن عمل كل يوم من ايامه فالتنوعات العميقة التي يطبعها العلوق في المجموع العصبي لتكثير من النساء تهي لهذا الداء في الاشهر الاول وذلك ظاهر واضح وانما التشنجات من حيث كونهما حينئذ عصبية بالكلية لا توجد فيها دائما علامات

الايكلامبسيا وذلك هو ما ارادته لنيل بقوله التشخيصات في النساء العصيات
لا يعقبها السبات اكثر مما يعقب الاستيريا وبودلوك تمسك بان التشخيصات لا تكون
خطرة ماصلا اذا كانت ناشئة من حمل خال من المضاعفات

واحتماس الطمث لكونه يمسك في الدم المواد المهينة لان تدفع بزيدي في مهينة
النساء للتهيجات فالرحم حال التلين وتمنص السائل وتصبير مجلسا لفاعلية قوية
بحيث تؤثر بقوة في جميع البنية بنوسط المجموع العصبي والقهي والحققان
الحاصلين غالبا من ادنى تغير في الرحم يوضحان كيف تساعد الرحم على ظهور
التشخيصات والحلم الذي تكسبه فيما بعد يكون ايضا سببا قويا للتكدور والمرض
وضغطها على الحذوع الغليظة الوعائية والعصبية العوض وكذا على الاورطى
ايضا يسبب تغيرات عظيمة في الدورة والتأثير العصبي بحيث لا يتعجب من
حصول الاحتقانات والتقيحات الحمية وضغطها على عنق المثانة قد يسبب
عنه احتباس البول الذي يحبه آلام شديدة فيوصل ذلك الى الاكلامبسيا
كما شاهد ذلك دولا موت ولوجود الاشتراك بين المعدة والرحم التزموا ان
يضيفوا على ذلك حينئذ اندفاع المعدة الى الاعلى وبذلك يندفع الحجاب الحاجز
ايضا والرتان والقلب فيحصل من ذلك اعتقال الشراسيف في الازمة
الاخيرة من الحمل وذلك اقله ان يكون من الاسباب المتمة التي تفسد اصل
الانقباضات العضوية قال لوفرين والنوكة التي تسقط فيها بعض النساء
بسبب القهي قد تكون سببا للتشخيصات الاكثر ثقلا من غيرها

الثاني مدة الطلق الايكلامبسيا في وقت الولادة تحصل من زيادة توتر الرحم
بسبب التعب الذي تسكبه من السائلات النافذة فيها ومن صلابه عنقها
ويبوسته وانقباضه التشنجي وافراط حساسية كل جوهرها ومن متانة
الاعشية متانة خارجة عن العادة ومن كثرة المياه ووجود جنينين والوضع
الردى الجنين وجميع الاحوال الميخانة كية المقادرة على منع الولادة وتقمم قرها
ومن الاسباب المهينة ما يحصل في الرحم من التنبه العام المتسبب عن الاوجاع
المقدمة على الطلق والاولجاع الاول الدافعة في تلك اللحظة ليس الطلق مهينا

للتشنجات بسبب ضغط الاعصاب ولا بد ان دفاع السائلات تنجو الجمعية وانما
السبب هو تغيرات العميقة التي تحصل في وظائف الرحم وبالأبحث الجيد
يظهر ان الوجع مدة الطلق يكون في نفس الرحم لا في اعصاب الحوض
ولا فيما يجاور ذلك كما زعم بعضهم وان الانقباضات الرحمية مؤلمة في الحقيقة
بنفسها على الصحيح فكل تلك الحالة لا تحصل في باطن البنية بدون ان توظف
تشععات اى امتدادات كثيرة وبدون ان ترتفع اصول المجموعات العامة
سما المجموع الدموي والمجموع العصبي

الثالث بعد الولادة المرأة بعد تخليص المشيمة تتأثر من توجعات مهمة ايضا
كما في مدة الطلق فالقراغ الفجائي للبطن يغير فجأة مجاورات اعضائه والدم الذي
كان يجتاز في المجموع الاورطى السفلى يتعب بهرع اليه بقوة والحمل والطلق
ينهان المجموع النخاعي فتندفع فيه السائلات وتخليص المشيمة يكدر
وظائف هذا الجهاز فيخلجه فجأة من المنبه الطبيعي مع ان عمل الرحم لم يتم
بتفريج الولدان جزأ من السائلات التي تتحد مع جوهرها يدخل بعد تغيره
كثيرا في وقتها في الدورة والذي ينصب في باطنها وتغير تركيبه فيه بسرعة يحصل
فيه ذلك ايضا فهذا العضو من حيث انه زائد التهييج وفي حالة تقرب لحالة المرض
اكثر من حالة تمدده لا يتقبض بدون خطر كما كان قبل ذلك فعمله على اجزاء
الاغشية والمشيمة والخلط الدموية التي قد تبقى في تجويفه يتحول غالبا الى
ظاهرة مرضية تمتد بسهولة الى المحال البعيدة وبعد الانحرام الحاصل من الحمل
والطلق لا تحصل الموازنة الطبيعية للاعضاء بدون ان تؤثر على القوة العصبية
فتحدث الالهزازات

ثانياً الاسباب المتممة يذكروا من اسباب التشنجات الهوائية الغير النقي المتعل
لرؤايح النادر المتجدد وحرارة الصيف والحرارة الصناعية المربعة جدا والقيظ
والغضب والحزن والهم وورود اخبار جديدة غير منتظرة والفرح وبقيّة
الانزعاجات النفسانية الشديدة والسهر وكثرة الرقص والفرجة على الملاهي
والاشغال الليلية وافراط الاستحمامات والمشيروبات الحارة والقهوة والشاي

والسائلات الروحية والاطعمة المتبلة بالاغذية او اللذيذة الطعم والاعذية
 الدسمة وجميع ما يزيد في وفور الدم نحو الرأس والجماع وابطال حصاة او كى
 او سيلان اعتيادى مهما كان نوعه واستعمال الصديريات الضيقة وغيرها
 من الملابس وعدم الرياضة واضافوا لذلك ايضا السكنى في البلاد الحارة والنوم
 المستطيل المدة والبطالة واستعمال الاكسيرات والصبغات الكحولية
 والاعتیاد على المكث في الفراش زيادة عن ما يلزم والتغيرات الجوية وغير ذلك
 من الاسباب العامة التي يظهر من كلامهم انها تسبب جميع الاكلام مع انها
 قد لا تسبب شيئا من ذلك اذ لا يحتمل احد ان تلك الاحوال قد لا تحدث
 الا كلاما بسيما ولا ينكر ان هذا الداء يعرض غالباً بدون ان يعرف سببه

الاول اسباب عروضة مدة الحمل * جميع اسباب الاجهاض قد تسبب
 التشنجات ومثل ذلك اندغام المشيمة على عنق الرحم بسبب التزيف والارتشاح
 اللذين ينتجان من ذلك غالباً ويظهر ان الوفور الطمئى يكون سبباً لها في بعض
 النساء وعلى كل حال سواء كان ذلك من تأثير هذا الوفور او من حالة اخرى
 فالذي يحصل سيما في الشهرين الاخيرين هو ان الرحم تصير محلاً لا لتنجيف
 يكون احياناً موملاً في ازمة الحيض وكثيراً ما تكون تلك الازمنة مصاحبة
 للاعراض المتقدمة على الاكلام بسيما. قال المؤلف وهذا في تحقيقه مرات
 كثيرة وذكره سابقاً وشيئاً من ذلك في اوله ايضا امرأة كانت نوبها تأتي دائماً
 في ازمة حيضها الاعتیادى

الثاني اسباب عروضة مدة الولادة * قد يحصل هذا الداء في زمن الطلق
 من اسباب مختلفة كوجود حصاة في المثانة وورم في تغير الحوض وبوليبيوس
 في الرحم وسرطان فيه وكان طباق عنق الرحم اوضيقه الغير الاعتیادى وينشأ
 ايضا من وجود تولد لبني غصروفي في اعلى المهبل ومن بقاء غشاء البكارة
 والاتصاق القرح وانسداد المهبل وعظم الجنين عظماً زائداً عن ما يناسب
 والاضاع المعيبة للجنين والرحم ووضع جفت الولادة والتجويل وجميع
 العمليات المتعلقة بالولادة ويقال ان موت الجنين قد يكون سبباً للتشنجات

لكن السبب الاغلب له حيثئذ هو غرق الرحم او عنقه
الثالث اسباب عروضة بعد الولادة اذا انتهت الولادة نشأت التشنجات احيانا
من التزيف الكثير كما شاهد ذلك المؤلف مرتين وانقلاب الرحم حينئذ هو السبب
الكثير والولادة العجائية السريعة قد تسببه ايضا لكن السبب الاغلب هو جرس
المشيعة اى مسكها في محلها الوشئ من اجزائها ولذلك ظن بوتيلوس قياسا على
ذلك ان وجود اى جسم غريب في مجويف الرحم هو السبب الاغلب له بعد
تخليص المشيمة

قال المؤلف وانى لا ~~نكر~~ ان الانتهاب الرخى قد يوصل الى التشنجات
الا انى اقول انه لا يكون سببا اعتياديا لها لافى مدة الحمل ولا فى مدة الطلق
ولابعد الولادة لان هذا الداء يظهر باعراض اخر غير الاعراض التى تسبق
احيانا ظهور التشنجات عموما فلا يعول على ما فى كتب بعض المؤلفين
عما يخالف ذلك

المثالث اعراض الايكلامبسيا وسيرها

نوبة الاكلامبسيا يعلن بها فى بعض النساء علامات مختلفة مقدمة كشدة
حرارة فى الرأس ودوخان وتكرر فى القوى العقلية وخطأ فى الابصار وتعب
فى الحركات واضطراب فى الاطراف وهىئة عنه والتفات مفرغ واحمرار
فى الملتحمة وفى الوجه كله وبعض انتفاخ فى العنق والوجه وصداع وسدود ودار
وتبليك فى الكلام وبراقة شديدة فى العينين وعدم انتظام فى النبض وحركات
تشنجية خفيفة فى عضلات الوجه واهتزازات فى اوتار الاطراف غير ان هذه
العلامات ليست دائمة الوجود فوجع الرأس مثلا قد لا يوجد وقد يوجد وحده
قال دويس اتفق ان امرأة اخذت فى الصباح تقول رأسي رأسى فاعترتها
التشنجات وماتت بعد بعض ساعات قليلة * واتفق ان امرأة حصل لها الوجاع
مهمة منتقلة وصداع من الشهر السادس وولدت ولادة حميدة بعد تمام الاشهر
وحصلت لها التشنجات بعد ذلك بثلاثة ايام وماتت فى اليوم السادس وجعل
دائمان وغيره وجع المعدة من الامور المهمة فى ذلك الداء وذكر ان التشنجات

التي تظهر من ذلك ~~تكون~~ خمسة مثل التي تنشأ بوجع الرأس **قال المؤلف**
 وقد شاهدت هاتين العلامتين في كثير من النساء وشاهدت عدمهما في كثير
 منهن ايضا ومن العجيب ان شوسنيه والقابلة لسبيل اختلاف في ~~كثرة~~ تقدم
 العلامات المقدمة مع ان مشاهداتهما كانت في مارستان واحد فشوسنيه
 ذكر انهما توجد غالب البابل دائما وقالت لسبيل ان الغالب عدمهما وبعض النساء
 يحصل لهن في الخثرة تقل وصلابة واحساس مؤلم قبل حدوث العارض ببعض
 اسابيع او ايام او ساعات فاذا وضعت اليد على البطن لتتطرق حالة الرحم وجدت
 حينئذ في حالة شبه انقباض قوى محسوس يادنى ضغط ومع ذلك **كثيرا**
 ما تنسقط المرأة بغتة فاقدة لما عرفها وكانها لا تفيق لحظة الالتدخل في اضطراب
 شديد فالاطراف تلتف وتقبض وتنثني ثم تتوتر بسرعة وقوة غريبة والجذع
 يتقلب على مسطحه الخلفي وكان القمجدوة تقرب الى العقب بل قد شوهد
 ملاصقتها واليدان تذهبان بقوة نحو الصدر او القمم المعدى وتضربانه
 وكانهما يمزقانه بقبض وغضب وتختا طيط الوجه تحمال وتشنج والشفستان
 الجذوبتان الجذمتين مختلفتين تتحركان تحركا غريبا والاعين تدور وتضطرب
 وتقلب في الحجابح وضربات الصبايين والشرابين الصدغية تشاهد من تحت
 الجلد والوداجان ينتفخان والعنق والوجه يرمان ويلونان بحيث يصيران
 محمرين ويظهر كان الاعين خارجة من الراس والقمم يمتلي بجماء من يد ويقذف
 شيئا منه على الحاضرين واللسان يتحرك بدون انتظام ويكون مسبكابل
 معضوضامن قرص الاسنان عليه ومن الحركات التشنجية للفكين واما الحجاب
 الخارج فبا انقباضاته السريعة يحدث القواق ويهدد بالاختناق ويقذف المواد
 المتراكمة في القمم والانف الى الخارج واذا صارت المعدة والامعاء المثانة والرحم
 نفسها محلا لمثل تلك الحركات تسبب عن ذلك القيء واندفاع المواد
 النغلية والبولية بدون ارادة واحيانا تدفع البذرة نفسها بسرعة زائدة
 ويقال ان في بعض الاحوال تشارك جميع الاحشاء الاطراف في حركاتها الغير
 المنتظمة واحيانا تتحول حالة الوجه وبقية الجسم بسرعة **كسرعة**

البرق فتبدل هذه الحركة الاضطرابية والتلون الشديد بسكون زائد وتسقط
الريضة في صفرة مهاكمة ثم في آخر النوبة يوصل الاحتقان الحى الى سببات
يعقبه عموما الانغماء وقد المعرفة

ومدة النوبة تختلف كاختلاف شدتها في بعض الاحوال تكون خمس دقائق
او عشر اربع ساعة وفي بعضها تكون نصف ساعة بل ساعة قبل ان ترجع
الى المراتم عارفا وقد تدوم نصف يوم بل اربعا وعشرين ساعة فاذا لم يعرض
السبات جازان يطول فقد المعرفة مدة ايام ومع ذلك ينتهى برجوع تام للصحة
والغالب ان تكون النوب متضاعفة اى متكررة والنوبة التسابعة يعطى بها بطى
واضح جدا في النبض قال المؤلف وقد شاهدت وجود هذه الظاهرة الغريبة
كغيرى ثم يعرض حال رمش مريع في الاجفان وحركات متكررة في الفك
السفلى واحتقان في الوجه وانثناء وانسحاق في الرأس ثم يعرض التواء
في الاطراف ويعقب ذلك حالة خدر عام اطول من الحالة الاولى ثم يزول ذلك
بالكلية او تخلفه نوبة جديدة وقد تنصف هذه النوبة بصفات السمكة
وتنتهى بالموت

وقد يتفق ايضا ان بعض الوظائف تبقى فاسدة متعطلة بعد زوال النوبة فتبار
يكون ذلك في البصر او السمع او الشم او بعض القوى العقلية التي كابدت اصابة
ثقيلة وتارة يحصل عقب النوبة تمزقات باطنة او انسكابات مخصوصة تبعتها
البنية عن حالتها الطبيعية ثم اذا رجعت المرأة لحالتها ترى نفسها في تعب ومشقة
واطرافها منكسرة كأنها فعلت رياضة طويلة متعبة قد تغرب الحالة التي
هى عليها وتجهل احيانا بجمع ما حصل لها ونسك فيما يحكونه لها مما فعلته
من الحركات الغريبة والصياح الشديد وذكروا من ولدت ولم تستشعر بالولادة
ولم تعرف كيف تخلصت مشيتها ويظهر على جميع الاجزاء التي التطمت
من جسمها زمن النوبة نكت سودا ورش حقيق وآلام تختلف شدتها

(الرابع اتماء الايكلامبسيا)

الايكلامبسيا تنتهى بالرجوع للصحة وبالموت وبولادة آخر

الاول الرجوع للصحة * اذا قدر الله بالرجوع الى الصحة تباعد النوب عن بعضها تدريجاً فاذا كانت متقاربة قل طول مدتها شيئاً فشيئاً ويذهب تدريجاً كل من الغفلة والخدر والسبات ويظهر للمرأة كك كأنها خرجت من رؤية منام طويل

ثانياً تف دم الداء والموت * فاذا اخذت شوش الرأس في الازدياد شيئاً فشيئاً وزادت شدة النوب وطالت مدتها وتبدلت الاعراض السبانية باعراض تشعبية خشى حصول الموت فقد شوهد مجيئه في خمس وثلاثين دقيقة وفي ثنتي عشرة ساعة او اقل او اكثر ومنهن من مكثت اربعاً وثلاثين ساعة مع كونها فقدت من الدم ثنتين وثمانين اوقية لكن يقرب للعقل انه حصل حينئذ في المخ انصباب او في غيره بعض تمزق

ولابأس ان ننبه على ان الايكلام بسياتنج احياناً تمزق الرحم ولذلك اختار دونوس ان اغلب التمزقات الرحمية تنشأ من التشنجات الجزئية في هذا العضو وهذا الانتهاء لا يمكن حصوله الامدة الحمل واما الانتهاء بالسكتة فيشاهد ايضا حتى بعد الطلق وذلك هو ما وقع لامرأة ذكرها بودلوك الصغيرة وكانت ولدت منذ ستة اسابيع وحصلت لها التشنجات في المساء وماتت دفعة واحدة في الليل قال المؤلف وبالاختصار فالذي وجدته ان هذا الداء ينتهي بحالة مغمة قبل الولادة اكثر من انتهائه بذلك بعدها وان كان استروك وغيره زعم العكس

والتأثيرات الشديدة التي تحصل في كل نوبة جهة المخ تعلن بان جوهر المخ حصل فيه اضطراب ولذلك تكون الايكلام بسياتنج في الغالب منشأ لا فاة توصل للمانيا نوع من الجنون ولين المخ ولا نوع من الشلل فلذلك شوهد في امرأة عاجلها اميرمان انها صارت مجنونة وماتت بعد بعض اسابيع في نوب جديدة وامرأة اخرى ذكرها دولاموت بقي معها شلل الاطراف واخرى شلل عضلات اللسان واخرى فالج واخرى خدر يقرب من الشلل في ساقين ساقيهما واخرى كمنه واخرى غيبوبة المحافظة واخرى صداع

وتراكم السائلات في باطن الاحشاء والانضغاط الشديد الغير المستوى الذي

تسكبه تلك الاحشاء من الحركات التشنجية يعرض النساء للاحتقانات
والالتهابات وذكرت القابلة لسبيل ان كثيرا من المصابات بالا كلبسيا ينهوى
الحال بموتهن بالتهاب بريتوى

وقد يعرض لهؤلاء النساء التهابات شديدة في ظاهرها لجلد بسبب استعمال
بعض الادوية ~~تسكبه~~ كما شوهد حصول حكة شديدة في الساق بسبب وضع لزقة
خردلية عليهما كانت غير نافعة فينبغي الانتباه لذلك وهل يحصل مثل
ذلك في الغشاء المخاطي الباطني اذا كان تهيجه قليلا مدة التوبة فيصير مجلسا
لرد فعل التهابي بسبب استعمال بعض ادوية من الباطن

(الخامس اذار الاكلامبسيا)

انذار هذا الداء ردى وعموما للام والجنين ولذلك قال هنتير لا تخاف في الولادة
الامن للتزيف والتشجات

اولا من جانب الام اعترفت القابلة لسبيل ان نحو نصف المرضى بهذا الداء
تقعد حياتهن مع انهن يعالجن علاجا جيدا وطن دوا من ان هذا الداء اخطر من
التزيف واما الطبيب بار فقال انه يقد من العشرة ست الموضع قال المؤلف
وليس في هذا امبالغة الا اني لا اقول كما قالت لسبيل ان هذا الداء اذا ترك
ونفسه يكون مهلكا ولا كما قال جليز انه يمكن اسعاف احدى وعشرين امرأة
من ثنتين وعشرين وهو في مدة الطلق اقل تقلامنه فيما بعده ويكون اخف
كلما كانت الولادة اقرب لاول توبة ولما كان هبوط قوة الرحم هو الواسطة
غالب القطع العوارض كان من الواضح ان خطر التشجات يكون بالنظر لذلك
على حسب الخطر والتعمرات المتعلقة بهذا الهبوط فاذا كان عنق الرحم
ورأس الجنين مثلامهيتين بحيث يسهل اخراج الجنين من العنق كان الداء
اقل تقلاما اذا كانت الفوهة صلبة وغير محموة وهذه الحالة الاخيرة هي السبب
في ثقل الداء في الاشهر الثلاثة الاخيرة من الحمل اذ لم يكن هنالك ما يعلن
بمهيئات الولادة ومع ذلك قد يشفي بعض النساء حيث ثم يلدن اطفالا احياء
بعد كمال الاشهر وهذا الداء مدة الطلق ينهى احيانا بان دفاع الجنين بشدة

فقد ذكر غريبان حالة انتهت فيها الولادة بثلاثة اوجاع * قال المؤلف ولتنبهك
ايضا كما قال شوسيه على ان الرحم تبقى حينئذ في انقباض دائم يزدوج
في كل نوبة بحيث ان الانقباضات تؤثر ك تأثير السيل المقرن والانقباضات
الحاصلة في تلك الحالة هي التي يبتدأ ذهابها من الرحم دون غيرها

والتشنجات التي تظهر في المصابات باختناق الرحم او الصرع او التي فيها ميل
عظيم للعصبية او تقرب في الشكل لهذين المرضين او التي نوبها قصيرة او منفصلة
بفترات تامة في السكون والرجوع الى جميع الوظائف تكون اقل خطرا من التي
احوالها غير شبيهة بذلك ك التي تعرض للدمويات والممتلئات او اللواتي
اعضاؤهن حاملة لمادة مصلية كثيرة والتشنجات المصحوبة بظواهرات
سكتية اوسبات او شخير او فقد تام للمعرفة في فترات النوب ثقيلة الخطر جدا
ومثل ذلك ايضا التشنجات التي هي عرض لمرض عضوي قديم في المخ
او الرئتين او القلب او غير ذلك من الاعضاء المهمة والجل يزيد في ثقلها جدا

ثانيا من جانب الجنين * الجنين ايضا يخاف عليه الخطر اكثر من الام فاولا كثيرا
ما يموت في اثناء حركات خارجة عن العادة تكون صفة لكل نوبة وثانيا متى
حصل اسقاط لم تحفظ حياته ومثل ذلك ايضا حسب العادة اذ الم يمكن
الاحتراس من الولادة قبل اوانها وكثيرا ما يموت الجنين في الولادة القهرية
حتى التسامة الاثني رومع ذلك ليس من الصحيح ان يقال ك كما قال بعضهم
ان التشنجات الثقيلة في الحاملات يتبعها غالبا فقد الجنين فثلاث نوب او اربع
لا تكفي اقله والغالب ان الداء اذا عرض في مدة الحمل يأتي ميتا لكن ذلك نائي
حينئذ من كونه لا يمكن ان يخرج او يستخرج الا بعد ظهور الداء بزمان طويل
وفي مدة الطلق يمكن اسعافه في الغالب لانه احيا نايما يدفع بنفسه بدون تعسر
ويمكن اخراجه بالجفت او بالتحويل قبل ان تنقطع حياته قال ميناود ويمكن
ان يعيش اذا خلصت المشيمة بسرعة اما بدون ذلك فانه يموت * قال المؤلف
لا اظن ان موته في مثل هذه الحالة يكون في الغالب نتيجة الحركات الشاقة
التي تفعل في استخراجها كاظن ذلك بودلوله الصغير

(السادس التشریح المرضی للآکلامیسیا)

البحث فی جثة المریضة بعد الموت لا یستفاد منه توضیح کافی لشدة الاعراض
فقد یشاهد كمية قليلة من مصل فی بطینات المخ واحتقان فی الاوردة والجیوب
الخمية واجرار قليل فی اغشية المخ وجوهره اویكون فی الحالة الاعتیادية
وقد توجد آثار واضحة للاحتقان وانصباب دموی قليل والغالب عدم
وجود اصابة ظاهرة فهذا جمیع ما وجد فی تجویف الجمجمة واما بقية
التجاویف فلا یوجد فيها اصابة دائمة الوجود وانما قد یكون القلب هابطا خاليا
من الدم والرئتان ملبكتین بمواد اویكون لونهما باهتا والاغشية المصلية یوجد
فیها بعض اواق من المصل وقد یكون فی البطن بعد تخلیص المشیة اثر تغيرات
التهامة هذا ما وجد به بعضهم وذكروا لولاء انه لم یجد لهذا الداء تغییرا فی الاعضاء
اصلا وقال كروفلییران الاوعية ایضا لا تكون محقنة وبذلك قالت القسابل
لشیل وزادت علی ذلك ان الداء اذا لم یكن معه سكتة لم یكن للتغیرات العضوية
نسبة لشدة الاعراض وانما یوجد بعض مصل فی البطینات واحتقان قليل
فی الاوعية والمصل فی المسال الثاني من امثلتها وید فی البطینات الخمية
والصفاق الصدري والتامور مع العال مكن یظهر ان ذلك نتیجة لداء لا سبب له
وشوهه ایضا انصباب دموی فی البطن الا یسر فی امرأة ماتت فی الطلق ووجد
ایضا فی امرأة ماتت بعد تخلیص المشیة بخمسة عشر یوما خلطة دمویة
فی حجم بندقة قرب العنقرة فی النصف الكری الا ین للمخ وجوهر المخ حولها
لین و فی المشاهدة الاولى للشیل و فی غیرها ایضا وجد البطن الا ین مملو
بخلطة دم اسود وقد شوهد ایضا ان الطبقة البصرية والجسم المحرز مشحمة
بخلط دمویة صغيرة لكن قد عرفت ان ذلك كله ینسب اما لسكتة سابقة
او مصاحبة للتشنجات لآلالا کلبسیا نفسها

واما تغیر الام الحافیة الذی ذكره بودولوف فی مشاهدة مخصوصة فلا یتباه به
ولم یبحث کثیرا فی الخناق الفقری بحیث لم یعلم هل یصیر مجلسا لداء کاز عمه
بورن حیث قال ان التهیج ینقل من الرحم الی الحبل الفقری بتوسط الاعصاب

الحائية ولكن نقول ان التغيرات القليلة التي ذكرها المؤلفون في الصدر والبطن
لا اعتبار لها ايضا فلا حاجة لتباضيع الزمن في معارضتها

(السابع في معالجة الاكلبسيا)

حيث عرفت ان الداء يوجد باشكل مختلفة ودرجات مختلفة علمت انه لا يمكن
شفاء انواعه بدواء واحد فلا يتجيب من كثرة الادوية التي ذكرت في معالجته
ولذلك ظهر لعظم مضادات التشنج والمسكات والمخدرات والهولات
ومضادات الالتهاب في علاجه صيت عظيم

(الاول في العلاج الخاص)

الاكلبسيا تستدعي ماعدا التداوي العام استعمال وسائل مخصوصة
بحسب كون الداء ظهر في مدة الحمل او في مدة الطلق او بعد الولادة
اولا في مدة الحمل * اذا عرض الداء في مدة الحمل استعمال بعض الوسائل
السابقة او كاهلها فكلما كان مانع فيه مضادات التشنج والاستحمامات المستطيلة
والمسكات والمسملات والديجيتال والمغيرات وهذه الحاملة اعنى عروض
الداء في مدة الحمل هي الحاملة التي فصد فيها مورسوس ودولامون الحامل
ثمانية واربعين مرة وسبع او ثمانين وتسعين مرة وبصح ايضا ان يستعمل في سير
هذا الدور الولادة المهرضة والولادة القهرية والقطع الرحمي المهبطي لكن البحث
عن ذلك يكون عندما تتكلم على هذا الداء في الطلق

ثانيا في مدة الطلق * للتوليد هو احسن دواء للتشنجات الولادية فينبغي فعله
باسرع ما يمكن فان لم يسرع به خشى على حياة الام والجنين ومدح معها
اقصد من العنق ايضا وكرمرش الماء البارد على الوجه ويقال ان التوليد
قد لا ينفع احيانا وبالجمله فقد اضطربت اراء القوابل في منفعته فقبل
ان التشنجات الحاصلة في مدة الطلق لا تستدعي الابتغريغ الرحم وقيل
ان التوليد لا يتبع الا اذا كانت التشنجات ذاهبة في الرحم وقيل لا تفعل
الا اذا انقطع الرجاء من الطبيعة ونحن نقول ان الاولى تغريغ الرحم باسرع
ما يمكن لان هبوط الرحم قد يوقف سير الداء الحاصل مدة الطلق نعم قد لا يقف

الداء بذلك وتموت المرأة به بعد ذلك لكن يمكن ان يكون سبب الموت هو عدم
السرعة في تخليص المشيمة او ان المنح سكان قبل ذلك مجلسا للتغير عميق
ثم ان الاسعافات التي ذكروها في هذه الحالة كثيرة سنورد لها على الاثر

الاول انتظار الولادة من نفسها اذ انزل الرأس و سكان العنق بمحو او ظهر
ان الانقباضات الرحمة سليمة والطلق سائر بسرعة لزم الانتظار والتسلل
بالوسائط العامة ولا يعمل بالولادة خصوصا اذا كانت التشنجات استيرية
و ناشئة من تنبه عصبي وكانت منفصلة بفترات تامة الوضوح اما اذا لم يكن
للرحم فعل وكانت الاكلميسيا سكتية والطلق بطيئا وخشى من شدة العوارض
على الام والجنين لزم تجهيل الولادة او انتهائها بما يسرع ما يمكن

الثاني الشيلم المقرن حيث علم من التجربينات العديدة منفعة الشيلم المقرن
في تقوية الانقباضات الرحمة كان من اللازم استعماله في الاكلميسيا وقت
الطلق كما ثبت ذلك بالمشاهدات فاذا استعمل في ابتداء الطلق قبل ان يتم اتساع
العنق زاد في الخطر الذي يخشى منه على الجنين فاذا كان الرأس في التقهير
كان الجفت احسن والتحويل افضل اذا حصل بمجرد الاتساع بدون ان يخرج
الرأس من المضيق

الثالث الجفت الذي استعمله لوفريت دأنا بدل التحويل يستعمل
في التشنجات ويكون اعظم متى امكن اخراج الجنين به بسرعة وتأكيد بدون
ان تعرض الام للخطر ولم يخالف هذا الرأي الا قليل من المتأخرين في احوال
التشنجات لكن من سوء الجفت ان منفعة هذه الالة ليست عامة وذلك انه يلزم
لاستعمالها ان يكون الجنين ياء بالرأس وان يكون العنق متفحفا بالكلية
ووهلم من بعض المشاهدات انه يمكن الاستعانة به حتى وان كانت القصدوة
في المضيق العلوي والمؤان لم يحتقر ذلك ومنع استعماله حيثئذ وهذا الجفت
لا يفضل متى سهل التحول الا اذا علم من القرائن الجوية حفظ الجنين به ففي
التشنجات يكون القصد منه خصوصا لقائه المرأة ويلزم مراعاة الجنين ايضا اقل
من ذلك لان الغالب موته قبل ان يحكم باستعمال الالة ثم ان استعمال

التي وان لم يكن شافيا في المضيق العلوي الا انه يحصل فيه كثير من موق
و يستدعي زمنا اكثر مما يستدعيه التحويل فاذا ن لا يتعين استعماله دون غيره
الا اذا انحسر الرأس بقوة في الفوهة وسيما اذا كان في التقعير

الرابع التحويل * متى كان الرأس خالصا على عن مدخل التقعير لا ينبغي
بل لا يمكن اذا كان العنق مفتوحا نصف انفتاح اخراج الجنين الا بواسطة
التحويل فاذا مضى الزمن الاول من الطلق وكانت الفوهة متسعة او مرتخية
بحيث تدخل منها اليد دون فعل عنيف لم يحتاج هذه العملية لشيء مخصوص
اما اذا كانت الاكلمسيامة ملقاة بضيق تشنجي او صلابة او مرض آخر في العنق
او كان الطلق في ابتداءه ولم يكن ابتداء فان العمالية تكون غير ممكنة او اقله
ان تكون عمرة جدا قبل كل شيء ينبغي فتح طريق

الخامس الولادة المخرضة * الوسائط التي ذكرناها لتخفيف رض الطلق قبل
اوانه ينبغي تجزئتها في اكلمسيامة النساء الحوامل وبالاولى اذا عرض هذا الداء
قرب مجيء زمن الطلق ولم يظهر بعد النوب الاول شيء من امارات الولادة
فاذا كان حقا ان الطلق يقطع غالبا التشنجات التي كانت موجودة مدة الحمل
لم يصح انكار استعمال الولادة المخرضة في الاكلمسيامة التي يحشى صيرورتها
تقبل قبل الطلق * قال المؤلف ويظهر ان لوفراغات استشعر بهذه الوساطة
حيث قال اذا بقيت التشنجات ولم يحصل اتساع للعنق او كان قليلا فاني ازلق
الاصبع بين الرحم والاغشية لافصلها عنها حسبما يمكن فبذلك تقطع
العوارض بسبب ارتخاء الياف الرحم انتهى وهذه الطريقة التي لا اوقف
في ان اشير بها سيما وقد اوصى بها وتبعها هملتون مرات كثيرة لاجل الولادة
المخرضة في حالة ما اذا كان الحوض معيبا تستدعي غاية الاتباه
من الممارسين

السادس يجزئ بهذا ذلك طريق الاغشية اذا بقيت التشنجات * كثيرا
ما استعمل ذلك مورسوس في النصف الاول من الطلق ثم انه سوا استعماله
قبل للطلق اوبعد ينال منه ارتخاء الرحم وفراغ فيها وذلك ليرجى حصول منه اعانة

عظيمة وربما خشى في صورة عدم النجاح صيرورة التعويل عسرا جدا بعد ذلك
بسبب ضيق الرحم على الجنين بعد نزول المياه ولكن لا يخافه من ذلك لانهم قد
حصل استعمال الولادة المحرصة فان نتائجها مشهورة

السابع التوسيع القهري ~~بذلك~~ بعضهم واسطة اخرى وهى التفوذ بعنف
فى الرحم اعنى توسيعه وقال انه يمكن فعله بالاصابع تدريجيا اذالم يكن العنق
محلا لآفة من الآفات ولا تشنج لم يعسر قهر مقاومته ولا حاجة للاسطة الموسعة
التي اخترعها بارفى لكن لما كان من اللازم لنجاح هذه العملية الصبر والبطء
وانه ينتج منها نصيريس عظيم ونهيج قد يزيد فى التشنجات كان الاحسن منها
استعمال عملية الاطلاق بالشق قد اتفق للمؤلف فى امره ان التزم ان يقهر عنق
رحمها على الاتساع مع كونه كان صلبا رقيقا وكان اتساعه اقل من سعة الريال
الفرات سابقا ليل ووصل بذلك بواسطة اصبعه الى باطن الرحم غير انه حصل
لألمر أقم من ذلك الم شديد فرأى ان الانسب شق القهوه مع ان هذه العملية
هى اجود الاحوال لاستعمال التوسيع القهري لانه اذا كان السبب المانع
للولادة زوغان العنق نفسه او التصاقه او اسقروسه او صلابته لم يكن
من النافع استعماله

الثامن شق العنق ~~بذلك~~ اطلاق العنق بالشق هو آخر دواء ذكر لذلك وهى عملية
قديمة فاذا تعسر اتساع العنق بان كانت اليافه صلبة جافة متقلصة شقت
القصة الرحية وهذا الشق ليس مؤلما ولا خطرا وكثيرا ما استعمله دويترن
مع نجاح فى احوال البولبيوس العظيم الحجم واوصى به دليش فى التشنجات
الرحمية المصاحبة لتشنج العنق ايضا وفعله كيون مرة فى الحسالة التي نحن
بصددها ونخرج معه شق من كل جانب شقا

والعملية سهلة بسيطة والاحسن لاجل ان لا يحصل منها جرح عميق فعل
شقو كثر على رأى قطولى وموسكانى وجميع من يعول على عملية الشق
الرحمى المهبلى فمن حيث ان العنق صار بالطلق رقيقا جدا غالبا وعلى هيئة
قرص شعاعا ماصعا ان تقريرا يصح ان شق سعة عظيمة منه بدون خوف

فلو كان بدل العنق حجاب حاجز مثقوب او ولد غشائي منع الولادة شق ايضا
 فاذا كان المهبل نفسه مفسدا فتح فيه طريق يخرج منه الجنين
 التاسع العملية القيصرية * لو فرض ان الاكلبسيا ناشئة من ضيق في الحوض
 غير قابل للعلاج نظرهل المناسب فعل العملية القيصرية به لم لا ولنقصر الكلام
 الا ان هنا على ان هذه العملية تميل بالذات لنجاة الجنين وان الجنين
 في التشنجات يولد في الغالب ميتا حتى وان خرج من الطرق الاعتيادية
 العاشر ~~كسر الجمجمة~~ * هذه واسطة يلزم حينئذ ان تفضل على العملية
 القيصرية لان بمساعدة الحف الجعجعى المقتت للحكيم بودولوك يمكن
 ان يستخرج الرأس بدون حصول خطر لادم وكثيرا ما يحكمون في بلاد الاقطار
 بفعل ذلك وان لم يكن في الحوض عيب اما في فرانسفا فبالعكس اذ يجتهدون
 في حفظ الجنين وان كان فيه خطر على الام

ثالثا بقي هنالك واسطة اخيرة لحفظ الجنين اذا ماتت الام بدون ان تخلص
 من حملها وذلك انه ينبغي استخراج الجنين منها كما لو كانت حية امامين المهبل
 اذ لم يكن هذا مانعا او بالقطع الرحم البطني في حالة العكس لكن ينبغي في مثل
 هذه الحالة ان يعتبر النجاس قليل لابل وان عجل ذلك لان وفاة الام حينئذ يعقبه
 حال او وفاة ولدها وعلى كل حال فشق العنق اولى من فتح البطن

رابعا بعد الولادة * اذ لم يحصل تخلص المشيمة ينبغي المبادرة بفعل ذلك
 اذا عرضت التشنجات بعد الولادة وسواء كانت الاكلبسيا حينئذ ناشئة
 من الهبوط الفجائي الذي حصل في الرحم او من نزيف دموى غزير او من تمزق
 عنق الرحم او العجان او من وجود خلط دموي او غيرها من الاجسام الغريبة
 في الرحم ينبغي اخراج المشيمة باسرع ما يمكن وذلك غير عسر في الساعات الاولى
 فان الاعضاء تبقى رخوة بحيث يمكن ان تنفذ اليد منها لتصل الى المشيمة وتفصلها
 بخلافه في اليوم التالي وما بعده فانه يكون عسرا وبالجملة فهذه الطريقة
 العلاجية التي تستدعيها الاعراض صحيحة فلا تؤخر عن وقتها وللغالب
 ان التشنجات التي تحصل بعد الولادة ناشئة من وجود تجمعات دموية

في الرحم فلا علاج لها الا بتخليص الرحم من ذلك والوسائط الخاصة التي تعالج
 بها التشنجات الحاصلة بعد الولادة هي الضغط على الخجلة والحقن بالمرخيات
 والمخدرات والمنظفات والمضادات للعفونة على حسب السبب المحمض للداء
 والعلاج المناسب للملاقات التي قد يكون الحوض يجلسا لها وبلا اختصار
 بقية المعالجات الاخر مستعملة هنا ايضا

(الثاني اختصار علاجي)

الاثير وما الميسال (له الباذر فجيويه) اوزهر البرتقان او النعناع عمز وجلد ذلك
 الماء بمقادير مختلفة حسبما يقتضيه الحال من منقوع زهر الزرقون
 والخشخاش البري او ورق البرتقان او ماء الخس او غير ذلك مع شراب ملطف
 كالكافور بترجمة جميع ذلك لا ينبغي اهماله في الاحوال التي تشبه فيها
 التشنجات داء الاختناق الرحي او الصرع خصوصا اذا كانت المرأة عصبية
 قوية التنبه اولينقاوية وشراب القرنفل وشراب الخشخاش الابيض
 اى شراب ديا كودوبلوع لسان السكب وخلاصة الافيون وصبغة اللسان
 احمرهما الحكيم غرسون سيما بعد الفصد قد تنفع في ذلك ايضا مفردة او مضافة
 لحامل لها من الادوية السابقة او على شكل آخر فتعاسب في تلك الاحوال
 نفسها

وقد استعمل الكافور ايضا لكن من حيث ان حالة المريضة حينئذ لا تسمح
 لها بايتلاعه لم يكن للطبيب واسطة الا اعطاه لها من طريق الشرج في ربع
 حفنة ومن ذلك ايضا الايبكا كوانا التي اجريها بثلث بمقدار نصف قهجة مع
 ثلاث قهجات من سكر في كل ربع ساعة

ولما كان تقلص العنق وصلابته الاسقيروسية وضيقه التشنجي في بعض
 الاحوال هي السبب الوحيد اواقله الرئيس للتشنجات كان من اللازم
 ان لا يحمل البعث فيعامع الاتسباء في الحالة التي يظهر انما هي منشأ الداء
 ولم تكف الاستقرقات الدموية بوضع على ذلك العنق المرهم الافيوني
 او مرهم البلادونا

والحمامات القاترة تسكن التهجس سواء كان ذلك التسخين بواسطة السجانيات
 اى الاشتراك بسبب فعله اللطيف على الجلد او بتنعيمها الصفات المنبهة
 بالماء الذى نفذ معها في المجموع الدوري او بتنعيمها قوة تشع الحرارة
 فيؤمر بها بنجاح اذا لم تسلمطن الاعراض السكتية ولا يؤمر بها الا بعد القصد
 اذا كانت المريضة في حالة يمكن ان تفقد فيها شيئا من الدم بدون ان يحصل لها
 خطرا ما بدون ذلك فانه يمكن ان تعين على فيضان الدم والاحتقان نحو المخ
 وينبغي ان لا تستعمل اذا كانت التشنجات ناشئة من نزيف او امهت اسلامه على
 او كان هنالك تمديد بجمه ودار الرحم ولتكن المرأة في تلك الاستحمامات من نصف
 ساعة الى ساعة او اكثر على حسب ما تجده من الراحة ولا بأس ايضا حينئذ
 بادخال الماء في المهبل بان تبعد حوا في انقرج قليلا ليدخل كما وصي بذلك
 لوفورات بل مدح ايضا الحقن وادخال المواد اللعابية في عمق هذه المقناة
 وربما نفع مع الوسائط الاخر المعقولة اذا خيف من حصول رد فعل مخي شديد
 غسل الرأس بالماء المتجدد فقط او مع خمس بقية الجسم في حمام طردوا مسكن
 اتمه عمال ذلك يستدعي احتراسا عظيما ونعقلا جليلا

ويصح ان يستعمل مع ذلك ايضا المحولات من الخارج كالكالبرن والازرق
 انفرادية على القدمين والساقين او الفخذين وحرقاة كبيرة على القفا او على
 الخنثة ايضا والدلك الجاف على طول السلسلة والاطراف

وقد استعمل ايضا ايلاد الاقلز السكوميلا من اى الزيت الطلوبكمية مسهلة
 ولاملاح المتكاثرة من طريق القم او من طريق الشرج حقنا والفسلات
 المصنوعة من خللات النوشادر والسائل وروح الرومران المسحوق ذلك النبات
 يوصى اللبان بغسل بها الرأس وقد ذكر ميرمان انه لم يفقد بتلك المعالجة من ثمان
 واربعين مريضا الا احدى عشرة قواما في زمن لتبديل فكان المقطود بمارستان
 الولادة فهو النصف مع ان المعالجة كانت جيدة قوية واما المقصى والمهاجم
 الشرطية فليس لها نجاح تفضل به على العلق والمحولات الاعتيادية
 وفصد الذراع والقدم والوريد الوداجي نافع بل لازم غالبا مدة الحمل والولادة

سواء كانت التشنجات خفيفة أو شديدة في جميع النساء الشابات الأقويات الجيدة المزاج والصحة الغير المنتهكات من انزفة سابقة والقصد الموضعي هو الذي يفعل وحده اذا ظهرت التشنجات عقب نزيف في النساء الضعاف ذوات الامزجة اللينغاوية فاذا كانت الاصابة لهؤلاء لا بعد الولادة واقتطاع سيلان النفس صحن ان يوضع العلق قرب الشفرين الكبيرين او في الاربية والافنوضع على التنوين الحليين

فاذا نقص امتلاء المجموع الوعائي وسمحت حالة المريضة باستعمال ما يأتي امرت بالاستحمام وقد يكون احسن الوسائط عقب النزيف وبعد الولادة او الطلق الشاق المتعب استعمال الامراق المرجعة للقوى وبعض ملاعق من نبيذ جيد ومن النافع ايضا الابزن الخردلية والحراريق والتشريط وغير ذلك من المحولات في الاحوال الثقيلة فتكون تابعة للقصد او قائمة مقامه اذا لم يسمح الحال باستعماله

فاذا عرض الداء قبل تمام الشهر السادس لزم معالجته وقهره بدون است فراغ الرحم مما فيه اما بعد ذلك فان حيوية الجنين جائزة فلا يحتاج لمثل هذا الاحتراس فاذا لم تنجح المراهم ولا الحقن ولا الاستحمامات وكان الجنين او امه في حالة خطر قريب الوقوع ولم يكن طريق السلامة الا الولادة القهرية وكانت دائرة الرحم رقيقة غير انها صلبة غير قابلة للتمدد فتقاوم الانقباضات الرحمية بقوة لم يلزم التشكك فيما اوصى به بودان من فعل شق او شقوق على تقهيرها لتسترخي اجزاؤها استرخاء كافيا فاذا كانت المشانة متوترة لزم تقهيرها بالقاناطير والساعدة السكية انه ينبغي جسر المرأة بالقاناطير مرتين في اليوم

وفي مدة النوب ينبغي ان تضبط وتحفظ الحركات التي قد يحصل منها خطر ومع ذلك لا بد ان يعطى لها اطلاق عظيم لان هناك مشاهدة اريد فيها قهر تلك الحركات بعنف فحصل تنبه وزيادة وذكركرغديان سقوط نساء في التيتنوس بسبب ذلك وما يستعملونه من وضع عقل معدنية بين الاصنان

في مثل تلك الحالة يعرض الانسان للتحرك بل للكسر فيلزم حينئذ ان نهبه
عجلة القابلة بوافين ويكون الاحسن ان يقتصر في علاج ذلك على دفع اللسان
الى باطن الفم في ابتداء النوبة وعندما يميل الى الخروج وتوضع قطعة من خشب
الخفاف بين القوسين القسبيين كما قال غريديان فذلك واسطة لا يبغي اهمالها

(تتمة)

نذكر في هذه التتمة عروض هذا الداء للاطفال الصغار على سبيل الاستطراد
اي ذكر الشيء في غير محله قضاء لتشوف الطالب ونقسم هذا الداء فيهم الى
نوعين احدهما كلبسيا موضعية وثانيهما كلبسيا سمبائية اي اشتراكية
الاولى كلبسيا موضعية يصيب هذا الداء في الغالب الاطفال المولودين
جديدا والعادة ان يكون نتيجة طلق شاق او مستطيل المدة واستخراج الجنين
عنيف فاذا انضغط رأس الجنين يجمت الولادة او حصل انصباب دم على سطح
المخ بسبب كسر في الرأس او اندفع الدم بقوة في العروق الباطنة وسجا
عروق الرأس ووقف فيها بسبب انضغاط الجنين والمشيمة معا في رحم انقبضت
مدة طويلة اوب بسبب انضغاط متتابع على اجزاء مختلفة من الجسم عند
استخراج الجنين بالقدمين او اختنقت رقبته بلفات من الحبييل السري
او انضغطت على جدران الحوض في الجهي بالوجه نيج من ذلك حالة سكتية
وتلك السكتة كثيرا ما تتعلق بالاكلبسيا قال دوجيس قد رأيت مشاهدين
قتلت التشنجات فيما الجنين المستخرج بالعملية القيصرية من امرأة ماتت
قبل ذلك بيسير وشاهدت مرة انها قتلت جنينا استخرج بتلك العملية من
امرأة حية وكان الفاعل لهذه العملية هو الحكيم ديواس ويصح ان يقال
في المشاهدين الاولين حيث اقطعت الدورة في الام قبل خروج الجنين نيج
من فلك موته بوقوف الدم فيه اي بالاسفكسيا الدموية كما في احوال ضغط
الحبييل السري واما المشاهدة الثالثة فيعسر فيها معرفة ذلك
ثم ان الاكلبسيا الموضعية في الاطفال قد تظهر في يوم الولادة نفسه
وانما يسبقها اعراض السكتة كاللون البنفسجي للوجه وانتفاخه واتساع

الحدقة واحتقان اوعية القزحية والملتهمة وعدم الحركة والسبات وارتخاء
الاطراف او تيبسها وحركة شديدة في القلب وقد يتأخر ظهور الداء وان كان
ظهوره في اليوم الرابع نادرا وفي مثل هذه الحالة يظهر قبله علامات سابقة
حتى ولو زالت الاعراض السكتية وتلك العلامات هي الانزعاج والانسين
القصير وعدم انتظام التنفس وتلبكه والحرركات الغير الغريبة المنتظمة
والتأوب المصعوب بارتعاش الفم السفلي وصرير الاسنان واحيانا نايه عاقب
على المريض زوال لونه ثم احمراره بل والعرق

والعلامات التي هي اقوى مما ذكرناه هي التعاس مع تيبس اليد مخنية نحو
الحافة الزندية للساعد وتيبس الاصابع حالة كونها موضوعة بجمع طولها
على راحة اليد ومغطيه للامام المثنية انشاء شديدا ويمكن قهر هذا التيبس
قهر ابرهيا فقط واذا كان الداء في حالة شدة عظيمة امتد التيبس للساعد
فيحصل في اليد انكباب قهري

وصفة التوبة انها تظهر بهيئة فجبر وفزع وصفرة يعبها حرة وانتفاخ في الوجه
والعنق وانتفاع في الحدقة وتصير العين منتفخة فيها حول ومنقبلة متحركة
بمحركات سريعة وتضطرب الاطراف مع تيبسها وانسياطها وتقلب الشفة
السفلى غالباً في باطن الفم وينجذب ذلك الفم الى جهة اكثر من الاخرى
ويكون التنفس فواتيا بسبب تشنج العضلات الصدرية ولا تدوم هذه التوبة
الابعض دقائق وعدد التوب يختلف جدا وقد يوجد في فترات رجوع تام
للصحة وهذه علامة جيدة وقد تبقى في الفترات حالة دهشة تزيد تدريجاً حتى
توصل للسبات ثم الموت الذي يمكن حصوله في زمن من ثني عشرة ساعة
الى اربعة ايام بعد ظهور العلامات الاولى

وشفاء هذا الداء قد يحصل من ذاته اذا كان الانصباب قليلا او كانت الالكليسيا
حاصلة من ضغط على الملح ناشئ من سبب آخر كالانخفاض العظيم قد شوهد
كثيرا ان هذا الانخفاض الذي لا يمكن حصوله بدون كسر ارتفع شيئا فشيئا حتى
زال بالكلية وزالت معه الاعراض التشخيصية او السلبية الناشئة منه فالداء

في تلك الأحوال من حيث انه فاشي من تأثير سبب ما دى وهو تراكم الدم
 الوريدي في الاوعية المحيية وانصابه في الجعصة لا ينبغي فيه انتظار منفعة
 من استعمال مضادات التشنج وانما يلزم ازالة الامتلاء العام او الموضعي وارجاع
 اطلاق التنفس فيها فان الدلائل انهما الامايتان والمعالجة المناسبة لهاتين
 الدلائلين هي القصد السري والتفح اذا تابعت عوارض الداء بعد الولادة حالا
 فاذا حصلت طمأ بعد ذلك بزمن ما لزم القصد الشعري بالعلق مرة او مرتين على
 الصدغين او خلف الاذنين فذلك يسهل ان يقاوم انسكاب الدم والاحتراز من
 النزيف المهلك او الضعف الزائد فاذا طال الداء كان من النافع حفظ البطن
 متطفا بمليينات اى متهلات لطيفة وقد تنفع اللزق الخردلية اذا كان
 لا يدهاش عميقا واما الجرار يق خلف الاذن او على الرأس فلا تناسب الاضدا
 للشلل الذي يمكن ان يتبع التشنجات ومثلها المروحات الزبكية وغيرها من
 الوسائط التي من خواصها انها تعين على امتصاص السائلات المنصبة
 الشللى الاكلبسيا الاشتراكية: هي تظهر غالباً بالامدة السنين الاولى اعنى قرب
 الشهر السادس من الحياة الخارجة عن الرحم وقد تظهر مرات كثيرة في مدة
 السنين الاربعة والخمسة الاولى نوبات من الاكلبسيا ناشئة من آفة عضوية
 في المخ كضغوره او انصبا بحدود فيه او نحو ذلك لكن الداء يكون حينئذ
 شبيها بالصرع الموضعي وقد يتسبب هذا الداء من وجود ديدان في الامعاء
 ومن سوء الهضم ويحصل ايضا في مدة نفي مرض اندفاعى اى تولده ولاحيما
 الجدرى ومن المشاهد ان الرعشة في منشأ اغلب الافات الحمية والالتهابية
 كالنزلة الصدرية ونحوها كثيرا ما يصحبها في الاطفال الصغار في السن نوبة
 او ثلث او ثلاث من الاكلبسيا وهذه النوب تختلف عن نوب النوع الاول
 في كونها اذا ما تشبه اعراض الصرع لكن قدينى بعدها قليل من الاندهاش
 والسببات اولا يبقى ثنى من ذلك واحيانا لا تترك بعدها الانصف المعارف
 اللاتيقة للصغار ويلوخذ الحكم بذلك من العنف الذي يحصل لهم في ممارسة
 الحركات التي يؤمرون بها كحجب اللسان الى الخارج ونحو ذلك ومن المعلوم

ان علامته تكون جيدة اذا حصل في مدة تقريخ الجدرى ومع ذلك قد يتكرر
احيانا وينقل ويستطيل وفي كل مرة يزيد ميله للسكنة حتى يحصل اما الموت
او القالج او الشفاء التدريجي

والذي ينبغي هو معرفة نبوع العوارض وعلاجها مباشرة فالتسكين الغسر
لا يستدعي شق اللثة الا اذا كانت الالكبسيا ثقيلة مغممة والافيقصر على
الاستحمامات والحقن والمشروبات المضادة للتشنج كما زهر البرتقان والمليسا
والزيرفون ونحوها والعصارة اللبنية للحنس والخشخاش ونحوهما فان كان
الداء ناشئا عن ديدان عولج بمضاد الديدان وان كان عن سوء الهضم عولج
بالمشروبات الشائية والعطرية او بالمياه المقطرة العطرية وربما عولج ايضا
بالمقيء قال دوجيس وهذه الوسطة الاخيرة اى المقيء يعالج بها الالكبسيا
في الاطفال الصغار علاجا تجزييا لا دى التى هى وطئ ولا يحصل منها خطر
الا اذا كان الداء عميقا ميل قوى للسكنة اما في غير هذه الحالة فيظهر انه نافع
فان كان الداء ناشئا عن احتقان دموى في المخ وظهر ذلك بعد لاماته الخاصة
كالوجه البنفسجي وغير ذلك كان الفصد الموضعي اكثر فوفا منه في الالكبسيا
الموضعية

(المبحث الثالث)

(في سقوط الحبل السرى)

سقوط الحبل السرى وان لم يكن نادرا لانه غير زائد ~~الكثرة~~ فانه لم يشاهد
في ١٥٦٩٢ ولادة الا احدى واربعين مرة في بيت الولادة بباريس واما كثرته
في الاماكن الخارجية من المارستانات فذلك ناشئ غالبا من سرعة اعمال
الاشخاص الذي يحضرون النساء لانه ينشأ من ذلك دائما فاذكره بلال من
كونه دائما نتيجة الاجتهاد في تعجيل تخليص المشيمة غلط واضح لان المؤلف
اتفق انه كان مع التلامذة ينتظروا امرأة آتية له تريد الولادة فكثت نحو نصف
ساعة وهى عند باب المدرسة ولم يجسها احد قبل ذلك وما وصلت الى الاوضة
وجد من حبلها السرى عروة خارجة من الفرج طولها جملة اصابع

مع ان العنق اذ ذاك كان قليل الاتساع وامثال ذلك كثيرة
 الاسباب اسباب هذا العارض ~~ي~~مكن ان تنسب اولاً لزيادة كمية السائل
 الامنيوسي وثانياً لزيادة طول الحبيبل وثالثاً لخروج المياه بعنف وقت تمزق
 القرون وذكره خاليس ان الحبيبل الموضوع في التقيير المقدم للجنين اثناء ماء
 كثير لا يجذب غالباً الى الخارج وذلك لان ماء الامنيوس ينقص في اواخر اشهر
 الحمل وانه في الغالب يكون مافوقاً حول عنق الرحم ولانه كثيراً ما ينزل حيث
 مخدر اعلی ظهر الجنين

الانذار عدوا في جميع الازمنة الساقطة سقوط الحبيبل عارضا خطراً لاسبب
 انه يجعل الولادة عسرة ويحصل منه خطر للمرأة وانما ~~ال~~كونه يعرض
 الجنين للموت قبل ان يولد والموت في هذه الحالة ناتج ولا بد من انقطاع
 سير الدم في عروق الحبيبل لامن غيره على الصحيح والمولدون اختلفوا
 في المانع للدورة فقيل ان الدم يبرد بدرجة الحرارة الخارجية ويجمد
 في العروة المعلقة الساقطة خارج القرج وهذا رأى دولاموت ومورسوس
 ولكن بعدهما ردوا ذلك بانه لكونه مدفوعاً من قلب الجنين الى المشيمة ورابعها
 من المشيمة الى القلب يظهر انه يكون اقل قابلية للتجمد في الحبيبل مادام الجنين
 باقياً على حياته ولم ~~ت~~كن درجة حرارة الجرح حول المرأة التي في الطلق
 منخفضة جداً ومن جهة اخرى كثيراً ما شوهد ان النبضات بقيت محفوظة زمناً
 طويلاً بعد الولادة في الحبيبل سواء كانت المشيمة باقية في الرحم او كان الجنين
 انفصل بالكلية من الام ونحن نقول ان عندنا مشاهدات تقوى رأى
 دولاموت نحن الغلط انكار تأثير البرد على دم الحبيبل فانه لا يكون ملزوماً
 بان يجتاز مسافة طويلة نافذاً من قنوات ضعيفة القاعدية اسطوانية مختلفة
 الاعوجاج مع ~~ك~~كون الاندفاع ضعيف القوة طبيعة وربما ضعف ايضاً
 من اسباب كثيرة يكون ولا بد معرضاً للتلف من ادنى تغير في درجة الحرارة
 اكثر منه في بقية اقسام المجموع الوعائي فعلم من ذلك انه بمروره الفجائي
 من ٢٨ درجة او ٣٠ الى ٨ او ١٢ درجة بقدر سائلته فيسبب موت

الجنين سيما اذا كانت الدورة قبل ذلك الطبيعية بسبب ضغط
على اعضاءها

ويمكن نسبة هذه العوارض الرئيسة هنا للضغط وذلك لانه اذا نزلت المياه
وسقط الحبل قبل الرأس او المقعدة فان اوचितه تنفر طرعا غالبا مدة الحركة
الفنية للاندفاع ومع ذلك اذا كان الحوض واسعا والجنين عظيم الحجم وكانت
الاوعية موضوعة قرب احد التقويرين العجزيين الحرقيين وكانت الجهة
او المقعدة في الجهة المقابلة لذلك جازان يكون ضغط هذه الاوعية خفيفا
بحيث لا يتقطع به سير الدم فيها

ثم انهم قالوا ان الموت يعرض بسبب افراط الدم او السكتة او قلة الدم او الاغماء
او الاسفكسيلا لعدم تدكد الدم الى اكتسابه الاوكسيجين خلاف بين المؤلفين
وهذا كله غير صحيح ولا يصح ان يتسك بان الوريد يكون اقل انضغاطا
من الشريانين كما قال البعض والعكس كما قال آخرون لان الضغط على الاوعية
الثلاثة متساو فلا يفتش على اسباب الموت المهديد به الجنين في كمية الدم
وانما يفتش على ذلك في الوقوف الفجائي او التدرجي للدورة

وبالاختصار اذا كان الحبل باردا غير ضراب ذابلا مخضرا لم يشك في موت
الجنين فان بعد زمن اتمام الطلق وانحصر الرأس بقوة وعسر تغيير وضعه كان
الانذار ايضا مغمما جدا اما اذا كان الاندفاع باقيا مع قوة والولادة سائرة
بسرعة حتى ولو كان الحبل دقيقا ذابلا جازان لا يحصل من خروج ذلك
الحبل خطر اصلا

المعالجة بعلاج هذا السقوط بكيفيات كثيرة فاذا اجله الجنين بالعرض سواء
بالكتف او بالحرقفة ولم يكن اتساع العنق كافيا بحيث يسمح بعملية التحويل
ينبغي ان تقهر عروة الحبل الخارجة على الدخول في الرحم فان كان المطلق
متقدما يفتش على القدمين ويكون من الخطر انتظار الاتساع التام لفعل ذلك
اذا شوهد ضعف الضربات ضعفا محسوسا

فاذا جاء الطرف الحوضي اولا وكانت الانقباضات قوية كفافية تعان

نتيجة ذلك يجذب الاطراف البطنية جذباً مناسباً ما اذا خرج الحبل قدام
الرأس فانه يستدعى حيثئذ وسائط سريرة فالقدماء في مثل هذه الحالة كانوا
يدفعونه ويحفظونه في المهبل وقال مورسوس انه يحاط بخرقة مبتلة من نبيذ
حار لينع تيريده بالهواء وذكروا انما انه يوضع في كيس ليذهب به اعلى الرأس
وقبل ان يذهب به الى هذا الموضع الثاني اشاروا بان يثبت في اسفنجة وذلك
ليخفف الضغط عليه وهذا كله غير موقوف به والجراحون الآن استقدموا
لذلك الاصابع وقضبان من القيطس يعلوه اسفنجة او حلقة ودوكب اشار بنوع
جفت محوى في انبوبة صغيرة شبيهة بحاملة العقدة لدسوات واتقت القبالة
مرسبيه هذه الآلة ودودان وميخائيلس اكتفيا بمسبار من صمغ مرمر ثمرته
تسعة وفيه سنجة الذي يحتمل تثبت طرفه شريط نافذ من احد عيني الآلة
فهذا الشريط يمسك الحبل في طرف المسبار بدون ضغط عليه ويذهب به الى
تجويف الرحم ثم يترك هنالك يجذب السنجة اولاً ثم المسبار نفسه قال ميخائيلس
انه يلزم حينئذ على ذلك ان يذهب بالحبل في تجويف الرحم الى محال عال جداً
لان العنق الذي هو رخوة تسع من الانفل يصكون في العادة ضيقاً في جرفته
العلوى واشاروا ايضا بادخال رفائد درجية ونخرق تثبت بين رأس الجنين
واعضائه الام واخترع شميميون آلة وكيفية ليست هي الاتوعا جيداً لكيفية
دودان وهي تقوم من مسبار من صمغ مرمر طوله من ١٢ الى ١٥ قيطاطاً
وقطره من خمسة خطوط الى ستة ويتدفق فيه شريط من حرير منقش بازدياج
ويلف طرفه حول عروة الحبل السرى قبل ان يدخل وحده في الثقب الثاني
من الآلة ثم يدخل في المسبار سنجة حتى يصل الى طرفه لينتبت الشريط فيثبت
يذهب بالكل الى تجويف الرحم ثم يجذب اولاً السنجة وبعد ذلك المسبار
وقد اخترعت ايضا آلات اخرى وبعضهم وهو كروف قال ان الاسرع والاكد
ان توجه اليد كلها للرحم لتعلق بها العروة السرية في احد اطراف الجنين
وقال المؤلف اغلب هذه الوسائط يمكن ان يحصل منه نجاح ولا بد غير انه لا شيء
منها يستحق التفضيل على غيره لان كيفية حفظ الحبل تختلف باختلاف

الاحوال فاذا كان الجنين ميتا لم يستدع وجود الحبل فعلا مخصوصا
 فان كان حيا بلزاولا ان يكون الرأس قريبا للنفوذ من المضيق السفلي
 ففي هذه الحالة يكفي ان يطلب من المرأة تشغيل اوجاعها بقوة وثباتا
 ان يكون في التقدير والطلق لم يسر الا ببطء فحينئذ يكون ادخال الحبل
 غير ممكن في الغالب فاذا علم بعد تجربة ذلك ان الضربات فقدت قوتها ينبغي
 المبادرة بوضع جثث الولادة وثالثا ان يعسر نفوذه فحينئذ يسلك هذا القضيبي
 الوعائي ويكبب ويجهتد في ادخاله ودفعه على جوانب الرأس بل اعلاه اذا امكن
 حتى لا يكون فيه ادنى ميل للسقوط ويحفظ في ذلك الوضع حتى ان الالتقاطات
 الرحمة تثبت الجمجمة تفتنا متينا في المضيق فبالاختصار اذا حصل تعسر
 في ادخال الاصابع او كانت غير كافية جاز ان يستعان على ذلك بوسائط ميكانيكية
 كالكاء وكب ودودان وحاملة الحبل التي هي على هيئة المصبع للطبيب جديون
 وقبل ان نذهب الى عملية التحويل ينبغي ايضا ان تستعمل الوساطة العملية
 التي اشار بها كروف

وزعت القابلة لسبيل مع كثير من المتأخرين انه لا ينبغي اتباع عمل هذا
 الجراح الانكليزي لان اليد متى دخلت في الرحم جذبت معها حالا القدمين
 قال المؤلف اما انافلا اقول بذلك فان حياة الجنين معرضة جدا للخطر
 في الولادة القهرية بالحوض حتى انه تختار الولادة بالرأس متى امكنت وقطع
 الحبل بعد رباطين كما اوصى به دو قنير يكون خطرا جدا اذا تأخرت الولادة
 ولذا لم يتجاسر احد الا على فعله

فاذا التزم الشخص ان يخرج الجنين باليد او بالحقت كان من المهم اتباع
 وصية بويراعى انه قبل ان يستغل بالقدمين او بالرأس يلزم ان يجتهد ايضا
 في ادخال الحبل فان بدون ذلك الاحتراس ينضغط ولا بد في الغالب امام يد
 الطبيب المولود او من الحرفتين او المنكبين او من جزء آخر صلب من اجزاء الجنين
 فبالنظر لذلك تكون الولادة الصناعية نفسها مصاحبة لآثار كثيرة ولذلك
 استحسّن بعضهم عدم فعلها وان في مثل تلك الحالة يترك الامر لقوى الطبيعة

وهو رأى جلوت ايضا * قال المؤلف واظن انه لا ينبغي التوقف في العمل متى كان الخلف قابلا للوضع وابتدأت ضربات الحبل في الضعف وكان العنق متسعا والرأس لم يرزل متصرا كما في المضيق العلوي ولم يفتح شيء من الوسائط السابقة لكن اذ لم ينته الطلق بسرعة فان الجنين حينئذ يكون معرضا لموت محقق فاذا حتم الامر باستخراجه كان من المحقق انه قد يخرج ميتا ~~ا~~ ^ك من المحقق ايضا ان اقل ما يكون ان جملة من الاجنة يعانون من الموت بذلك

(المبحث الرابع)

(في قصر الحبل السرى)

(المطلب الاول)

(في القصر الطبيعي)

كما نرى يظنون الى زمن يولدون ان خروج الجنين قد يمنع اوافله ان يتعوق زمنا طويلا بسبب قصر الحبل فقال دولا موت اذا كانت المشيمة ممسوكة في عمق الرحم فان الرأس الذي اندفع نحو المضيق السفلي مدة الانقباضات يصعد الى اعلى مدة قترات الاوجاع فيشاهد في كل حركة عنيفة تفعلها المرأة دخول التمدد وفي القرج وقربها لان تنفذ من المضيق ثم بعد مضي تلك الحركة تذهب الى الصاعدة الى اعلى ويستمر ذلك الحال مدة ساعات كثيرة * قال المؤلف وهذا الفعل الاخير صحيح غير انه قد لا يكون له تعلق اصلا بالحبل السرى فانه يشاهد هكذا على الخصوص في الشابات الاقوياء وفي اول ولادة ويكون ناشئا حينئذ من مرونة العجان فينقاد ذلك العجان لذلك مدة كون الرحم المساعدة بعضلات البطن تدفع الرأس وتبرزها الى الخارج ومتى زال الانقباض وجهت المقاومة الطبيعية للرأس القفص الى باطن الحوض ومرونة الجمجمة تعين على هذه الغاية ثم اذا جاء الانقباض يدخل الرأس في المضيق وبعد زواله يصعد مادام قطره الاعرض لم يتقدم الدائرة الحوضية وهذه الظاهرة تشاهد ايضا في المضيق العلوي ~~ا~~ ^ك اقل من مشاهدتها في السفلي لان العجان لا فعل له حينئذ لكن من الغلط ان يتسكن بما قاله يولدون

من ان الحبيبل القصير جدا لا يضر في الولادة اصلا
 ثم ان الحبيبل قد يرجع طوله الى خمسة قراريط اربعة بل قد يكون قيراطين
 ونصفا وقد شوهد كونه قصيرا جدا بحيث ان مرة الجنين بعد ولادته بقيت
 ملاصقة للفرج حتى انفصلت المشيمة وزعم بعضهم انه شاهد جذب بطن مولود
 لدخل المهبل بحيث ~~كاد~~ ان يوقف نفسه وشوهد ايضا ان الحبيبل
 كاد ان لا يكون له وجودا صلا فسكانت المشيمة ترى كأنها ملتصقة بالبطن
 وفي مثل تلك الحالة تكون المشيمة معرضة لان تنفصل قبل اوان انفصالها
 وذلك يمكن ان يعين على انقلاب الرحم ويولد نزيها ويوقع الجنين في خطر فقد
 الحياة اذا طالت مدة الطلق فالانجذاب التي تنج من ذلك يلزم ان تبطل
 الاقتباسات الرحيمة بل توقعها الواقة ان تسوشها فتوقف الطلق ففي بعض
 الاحيان يمنع هذا القصر بمر كته الميزة ~~كمية~~ اندفاع الجنين والمرأة تحس
 باوجاع مخصوصة في محل اندغام المشيمة شبهها جلوت بالاوجاع التي تحصل
 من جذب الحبيبل قبل لوانه عند عملية تخليص المشيمة والملاحظات التي تثبت
 جميع ذلك كثيرة فلا التفات لما قاله بروس من ان طول الحبيبل يكون في العادة
 اربعة اقدام فان نقص عن ذلك خشى منه حصول عوارض

(المطلب الثاني)

(القصر العارضي)

الحبيبل الغير القصير قد يصير قصيرا بسبب التفافه على الجنين جملته ان قلنا لك
 لا تحصل العوارض الامن افراط طوله
 الكثرة والانواع كثيرة اما يشاهد التفاف الحبيبل على الجنين والغالب التفافه
 على عنقه والطبيب يوهذ كرذلك اثني عشر نوعا شاهدها فتارة يكون
 بهيمة مقلع على القعدة او غيرها من اجزاء الرأس او على البطن او الابط
 او الاطراف او غير ذلك وشوهد منه خمس اقسام على العنق اوست ثم برقحت
 الابطين وعلى الصدر ويمكن ايضا ان لا يصل للعنق الا بعد ان ينزل بين الفخذين
 ثم يصعد على طول الظهر كما شوهدا حيانا احاطته بالاطراف والعنق معا

ومن أغرب ما شوهد أن هذا الحبييل جاء من السرة واحاط بالذراع الايسر
ثم يخدم الصدر ثم حول العنق ثم خلف المنكب وتحت الابط الايمن
ثم على الاربية وتحت المابض ثم حول الساق وهناك التف لفتين ثم تحت
القدم الايمن وشوهد مرة اخرى ان احدى لفتي العنق دخل فيها ايضا الابط
والمنكب الايسر وكان عاقبة ذلك اختناق الجنين فجزه الحبييل الذي يبقى ظاهرا
يصح ان يكون قصيرا جدا بحيث يضاف حصول العوارض منه كما يخاف
في حالة القصر الحقيقي

وكانوا يظنون ان لف الحبييل بفعل فعل الرباط فيحدث الاستفكسيا اى اختناق
الجنين قال المؤلف وقد شاهدت كثيرا من الاطفال يولدون ومعهم هذا
الالتفاف حول العنق ولم يحصل لهم اذى خطر من ذلك وماز عموهم من مشاهدة
الاختناق من ذلك انما كان من عدم التنفس ولما بالنظر الجنين فلا يمكن وصول
الموت لهذه الكيفية بل يندران يضيق الحبييل على العنق بحيث يسد
الوداجين الباطنيين والسبانيين فتضيق الحبييل انما يجب نفس العروق
السرية في الغالب

واما كثرة هذا الالتفاف فعلى حسب ما يؤخذ من مشاهدات جلوت
ان في كل خمس مرات تقر بامرأة واحدة واما زمن وجوده فقد يكون قبل
تمام الاشهر با شهر كثيرة فيصير حينئذ سبب الامور الخارجة عن العادة
فقد شوهد تأثيره كما يترفع من العليق متعلق بشجرة فيبقى على اطراف
الجنين ميازيب عميقة جدا وينتج اختناقات حتى في العظام نفسها وشوهد
في العنق من تأثيره ثلاث دوائر ضيقة يقرب بمكها من خطين وكان الجنين عظيم
النمو والمشيمة غليظة قال المؤلف وقد شاهدت كثيرا من انجمهوضين لم ينشأ
موتهم التسديم وضخور حبييلهم الا من ذلك ويوجد في رسالة البحث للطبيب
هودمان خمس مشاهدات فيها عوارض ثقيلة مسببة عن التفاف الحبييل

الاذا زرع التفاف الحبييل بعرض او لا لجميع اخطار قصره الحقيقي اعني
لا نجد اب المشيمة والزيف وانقلاب الرحم والالام الشديدة وثانيا انه يؤخر

زمن الولادة بالمقاومة الميخا انكية التي يعارض بها نزول الرأس ويمكن ان يقتل الجنين بايقافه دورة الدم فإدام الجيب المائي كاملا منع الجنين الرحم من ان يضيق والحبل الموضوع حول العنق يرفع الجنين بسهولة بعد كل انقباض ومن حيث ان الرأس لم يكن ممسوكا الى الآن الاشفله وان الاجزاء كلها ناعمة سهلة الانزلاق فلفات العنق ترتخي بسرعة فتسمح للدورة بالاستدامة ما بعد تمزق الأغشية ووصول الرأس الى التقعير والمضيق السفلي فلا يحصل ذلك فان الرحم وان كانت تضيق وتقذف الجنين بسهولة الا ان الرأس اذا وقف في المضيق العلوي لم يمكنه ان يصعد في قترات الانقباضات وارتخاء الرحم الذي يعمل لان يرفع الحبل يزيد دائما في الضيق الحاصل من اللفات التي حول العنق ولذلك يأتي المولود في مثل هذه الحالة برأس متغير اللون اوفى حالة سكتية اذا لم يمت بالكلية من عدم انتهاء الطلق بسرعة.

فاذا قصر الحبل جدا نلفه حول العنق لم يوجد في الطلق اول شيء مخصوص وانما يمكن الشك في آخر الزمن الاول اوفى اتساع العنق فان عندنا الحكيم جلوت مشاهدات كثيرة ثبت ان نزول الجنين بعد هذا الزمن يظهر انه يقف وان كانت المرأة لم تنزل متألمة وان الرأس يصعد كله الى اعلى المضيق العلوي عندما يتقطع الانقباض وان الوجع الذي هو شديد في محل معين ويمتد عن الاوجاع الاعيادية للطلق يحمل المرأة على ان تحبس حركاتها العنيفة بدل ان تتابعها ومضى انكسر القرن اتجه الرأس بدون عائق وبدون امراض مخصوصة حتى يصل الى ارضية الحوض لكن لا يخرج من المضيق العجائي بدون ان يعرض المرأة لنفس الظاهرات التي كابدها في المضيق العلوي فينتد اذا زلقت الاصبع تحت قوس العانة على طول الجدار المقدم للتقعر يمكن في بعض الاحوال دخولها الى العنق وتحقيق الحالة التي هو عليها

العلاج * يعلم مما ذكرنا من العلامات ان كسر القرن هو احسن الوسائط لعلاج الموارض الاولى لالتفاف الحبل على عنق الجنين فلا يصح ترديد انتهاء الطلق اذا اريد الاحتراز من موت الجنين واما طريقة مهينلي واولد من وضع

اصبحين في المستقيم لتمنع الجهة عن الصعود فلا ينبغي استعمالها لانها انما
تعين على اختناق الاجزاء وكذلك طريقة بورتون من قطع الجبيل قريبا جدا
من السرة فانها خطيرة ومن السعد ان هذه الاسباب لهذا العسر في الولادة
نادرة الحصول لانه يعسر معرفة ما دام الرأس لم ينفذ من المضيق السفلي
ما عدا بعض احوال يأتي الجنين فيها بالحوض ويمكن فيها ان يحبس بالجبيل
متوترا جدا بين اصلي الفخذين او حول طرف من الاطراف او على طول البطن
فمن وجود هذا العارض انما يستند على تخمين مبهم غير كيد لا يوثق به
ومع ذلك اذا وصل الطبيب لمعرفة قصر الجبيل ينبغي المبادرة بقطعه
في حالة ما اذا كان الجنين في خطر حقيقي وكان الطلق بعيدا لانهاء ثم ينبيه
بعد ذلك لتخليص المرأة من الحمل بأسرع ما يمكن سواء باليد او بالجفت
فاذا لم تدر له لفات العنق الا في اللحظة التي خرج فيها الرأس سهل العلاج
حيث تد في الغالب فاذا كان هناك عروة مر تخية جدا وساق سرى طويل
فالغالب ان الجنين يخرج ايضا خروجا جيدا ولا يكون هناك شيء يلزم فعله
اما في حالة العكس فتخلص او تقطع هذه العروة حتى ان التنفس يرجع حالا
ويزول احتقان الرأس بنزول الدم من الجبيل كما قيل ذلك في فصل سكتة
الاطفال المولودين جديدا وقد ذكرنا حالتا انقلاب الرحم ناتجة من قصر
الجبيل فاشربانه لاجل ارتخاء لفات هذا الساق يجذب او لا من جزئه المشيمي
ثم يراقبه على جانب المتكبين وذلك احسن من انزلاقه على اعلى الرأس

(المبحث الخامس)

(في انورسما الحوامل)

اتساع الشرايين التي في باطن التجاويف الحشوية بل اتساع الشرايين الغليظة
الظاهرة ايضا يكون دائما في ذاته مر ضائقا ولا يكثر خطره للحبال بسبب
الافعال الشاقة للطلق فالانقباضات العضلية وما يتبعها من اندفاع الدم
تحدث بسهولة تمزق الورم الدموي اذ لم يبادر بقرع الرحم فيلزم في هذه الحالة
ان تؤمر المرأة بان لاتساعد او جاعها الا باخف ما يمكن وعمد ما يكون العنق

متبعاً كفاية أوقاف بلا لانساع يستخرج الجنين باليد ويجفت الولادة

(المبحث الخامس)

في الربو والاستسقاء الصدرى والبطنى وانحناء شوك الظهر ونحو ذلك

جميع الامراض التى تصير التنفس عسراً قد يضطر معها الفعل شئ في الولادة لان ترك لوسائط البنية وحدها لا يجهل احداً المريض بدأ الربو معرضات للاختناق اذا فعلن حركات شديدة ومثلهن المصابات بانسكاب في الصدر واللواتى عندهن تعب في اطلاق تمدد الرئة بسبب زوغان في السلسلة او غير ذلك فذلك اوصى الممارسون في هذه الاحوال بتطهير الحركات العنيفة من المرأة وتخليصها من الحمل بالصناعة متى سمحت حالة الاعضاء بمسك الجنين بدون خطر زائد وتراعى تلك الوصية ايضاً اذا كانت الولادة مضاعفة بوجود اورام كبيرة الحجم في البطن او استسقاء فيه فيمكن كما في الاحوال السابقة حصول الاسفكسيا اى الاختناق من الحركات العنيفة التى تفعلها المرأة او اقله ان يعقبها خور خطر في القوى العقلية والعصبية ومع ذلك ينبغي ان ينبه على ان كثيراً من المستسقيات يلدن بسهولة كالمتعبن بحجة جيدة فقد شاهد المواقف مستسقية انبذت لاجل دائها ستا وثلاثين مرة وولدت بسهولة كما يلد غيرها في بعض ساعات ومستسقية اخرى معها هذا الداء منذ اربع سنين وما مكنت مدة اعمال الولادة الا ساعتين مع ان بطنها كانت كبيرة الحجم جداً وبذل بطنها في مدة حملها مرات كثيرة ووجد السائل في مرة منها نحو ثلاثين رطلاً وكرمورسوس مستسقية مكنت بهذا الداء تسع سنين وولدت في هذا الزمن اربعة اولاد احياء مع ان عضلات البطن في المستسقيات ضعيفة جداً ومنفصلة عن الرحم بطبقة مميككة من سائل فقعلها في الطلق مباشرة ضعيف القوة جداً قال المواقف ويظهر لى ان اغلب المستسقيات اللواتى يحملن في هذا الحالة ويلدن بدون عوارض يكون استسقاؤهن متكاملاً كما لانه استسقاء حقيقى وما عليك لئاً كيد ذلك الامر ارجعة رسالة اسكاريا ومشاهدات غيره مما يتعلق بذلك

(المبحث السابع)

(في فتوق الحوامل)

متى كان الفتق قابلا للرد مهما كان نوعه ينبغي ادخاله قبل ان تقوى الاوجاع من نزوله ويحترس عند كل انقباض يوضع الاصبع او اليد نفسها او كرة مكينة على الفتحة التي يخرج منها والمباشر لذلك اما الطبيب المولد او مساعد حاذق معه غيره لا المرأة نفسها الشغلها بما لها فان كان الفتق قديما او غير قابل للرد اكتفى بحفظه جيدا بحيث يمنع اختناقه ولا ينزل معه جزء حشوي آخر وبالجملة فالولادة حينئذ لا تستدعي اعانة مخصوصة وانما يطلب تنقيص الميل لذلك بتلطيف المرأة او اجاعها فاذا لم يتيسر منع نزول الفتق بسبب شدة الحركات العنيفة او حصل فيه قبل ذلك اختناق وكان الطلق متقدما ينبغي استخراج الجنين مع الاحتراسات المناسبة متى سمح اتساع الفتق بذلك

(المبحث الثامن)

(في الانغماء والضعف)

هناك نساء من رقمن ولطفهن وشدة حساسيتهن يفهمى عليهن من ادنى وجع وقد ينشأ الانغماء والغشى من زيادة توتر الرحم وتعددها او من قوة الانقباضات او من الضعف او النزيف او غير ذلك وشاهد ديزرموس استدامة الانغماء في حامل بنومين مدة فترات الانقباضات ولا تخرج المرأة من تلك الحالة الا وقت ان يحصل من الرحم رد فعل شديد على الجنين المحوى فيه او يصع ان يستعمل لذلك طور افطورا او على التعاقب على حسب الاحوال مضادات التشنج والمركبات الانيمونية سواء على عنق الرحم او من الباطن من طريق الدم والشرج وكذلك الصبغات وغيرها من الادوية القلبية اى المقوية للقلب كـ بعض ملاعق من نبيذ جيد او امر اذ اطعمته خفيفة او نحو ذلك لكن قال ديزرموس اذا خيف على حياة المرأة لم يصح انتظار نتيجة الادوية التي اختبرت جيدا فان المهلة حينئذ غلط ثقيل مخيف وانما يبادر بانتهاء الولادة حذرا من الضعف والسقوط المهلك

ويندران الضعف الحقيقي يصير الولادة عسرة فانه يشاهد كل يوم نساء ضعاف
ومصابات بالسل وفي غاية السقوط يلدن بدون استعانة بشئ وكذلك حالة
السبات والاسفكسيا لا تمنع الولادة الطبيعية بل شوهد ان الرحم لم تنزل حافظة
لقوة الانقباض في نساء اموات او في حالة النزح بحيث تمت اندفاع الجنين
والوسائط في تلك الحالة غير نافعة في الغالب لسببين اولهما ان العضلات
والرحم اذا فقدت جزأ عظيمًا من قوتها الانقباضية فان الابزاء الرخوة
من الحوض والهبان تقل منها قوة المقاومة وثانيهما ان الضعاف جدا
والواتي يقربن فقد حيا تمهن يحدن في انفسهم بحسب العادة شجاعة وجسارة
وقوة تعارض وتباين بكنية واضحة ضعفهن الزائد

وبع ذلك لا يندر مشاهدة ان هذه الحركات العنيفة الوقتية يعقبها تعب وهبوط
وثقل لا يخرج منه النساء الا بعد اجتيازهن انقل الاخطار بل كثير منهن
لا يخلصن من الحمل الا ويقعن في سقوط مهلك او يمكن يبطي بعد بعض ساعات
فاظن كيف لم يكن قصد البنية الطبيعية قطعها القوي الا ان تنهى الفعل
العظيم للتناسل اتماء جيد او ان لم على ذلك كونها تنفي في لحظة واحدة
بقية القوى التي لم تنزل باقية في الاعضاء كما اتفق ان شابة حامله في ستة اشهر
حصل لها اوجاع الاجهاض في الساعة الرابعة من بعد نصف الليل ووافق
ذلك اليوم الثالث عشر من التهاب ويريدى حصل لها وضعف شديد واضح
ثم في الساعة العاشرة صار عنق الرحم رخوا وتقرب سمته من سمعة الريال
الفراسا وعند كل انقباض يحصل لها صياح وقلق واضطراب يوصل ذلك
الى حصول قوى عظيمة كان يعد ظنها قبل ذلك ببعض ساعات فطلب من هذه
المسكينة ان تقوى شجاعتها وتسوى حركاتها العنيفة فخرج الولد نحو الساعة
الحادية عشر لكن بعد ذلك بساعة فقدت حياة المرأة

فموجب ذلك متى كان العنق منسجما اتساعا كافيا وترك المرأة لاعمالها
الخاصة خشى حصول هبوط عظيم لها فن التدبير الاستعانة بالولادة القهري
والختار حيث جذفت الولاة اذ لم تكن عملية التحويل لايقة بشرط ان يكون

التعب الناتج من ذلك للمرأة قليلا

(المبحث التاسع)

(فيما يعرض من التمزقات لبعض الاعضاء)

الحركات الضيقة التي تلتزم المرأة ان تفعلها مدة الطلق تعرض الى تمزقات تستدعي بعض احتراسات

الاول ضخامة الغدة الدرقية * هذه الغدة تنتفخ وتحتقن في بعض الاحوال بسائل بحيث تبقى في حالة ضخامة حقيقية يبعد ان ينال دائما تحللها فتتمزق الثاني امغز يما الى الانتفاخ الربحي في المنسوج الخلوي * انتفاخ الرقبة مدة الطلق قد يكون غربا عن الغدة الدرقية ويكون ناشئا من دخول هواه في المنسوج الخلوي فقد يعرض شدخ خفيف في القصبة الرئوية فيحصل من ذلك امغز بما حقيقة وقد اتفق ايضا حصول تمزق في الصدر مع تمزق عنق الرحم ايضا

الثالث البوق * قد يتمزق البوق مع اورده او شرايينه وقد شوهد موت امرأة بنزيف حصل من ضربة فوجد هذا النزيف حاصل من تمزق البوق وموت اخرى من نزيف حصل من تمزق وريد من اوردة الرباط العريض وشاهد المؤلف في حمل يوتي تمزق الكيس وحصل من ذلك نزيف سريع مهلك الرابع العروق الخنائية * ومثل ذلك ما سبق ايضا العروق الخلفية او عروق المبيض كما شوهد ذلك مرات كثيرة وهذا العارض ثقيل والموت يحصل عقبه حالا

الخامس المثانة * قد ذكرنا سابقا ان المثانة غير محفوظة من ذلك التمزق الذي يكون خطرا جدا

السادس العضلة ابسواس اى القطنية * العضلات المحيطة بالمضيق ولا سيما العضلة ابسواس قد يتمزق في بعض الاحوال بسبب ارتباطها بالسلسلة وبالقض وتوترها الشديد وانضغاطها ومثل ذلك ايضا العضلتان المستقيمتان البطنيتان

السابع الشرة * قد لا تنسل جدران البطن من التمزق في جميع سمكتها هيكلية
في الاجزاء التي تمددت بقوة اورقت في مدة الحمل فلذلك ذكر بطولين امرأته
حصل لها تمزق في العمرة

الثامن القص * قد تذهب الحركات العنيفة حتى تفصل العظام من بعضها
او تـكسر هـا سـواء في ذلك عظام الحوض او القص وشاهد امثلة من ذلك
شوسبييه وغيره

وجميع هذه العوارض لها طريقتان معالجة مشتركة بينهما وهي ان تتم الولادة
باسرع ما يمكن سواء بجفت الولادة او بعملية التحويل اذالم تكف بعض
حركات لطيفة من المرأة لانعام الولادة بدون استعانة بالصناعة ويعمل هنا
بمقتضى السبب والطريقة كما يفعل في الاحوال السابقة

(المبحث العاشر)

(في تمزقات الرحم)

تمزق الرحم عارض عفيف يشاهد خصوصا منسدة الطلق ولا تستد مشاهدته
في غير ذلك الزمن من ازمته الحمل

فاما في مدة الحمل فتشوشوهد في جميع الاثمن من الثاني الى السادس وكلما قرب
للتام كان اكثر والغالب ان حصوله امان من مرض في الرحم او من قوة عنيفة
شارحة ويقل حصوله في العنق بل ربما لم يحصل اصلا

ولما لم يعقبه الموت دائما لم يخرج الجنين او بقايا البذرة احياء لان التجويف
البطني لا بعد التمزق بزمن طويل كان ذلك التمزق مذبوعا زعم حل خارج عن
المرئ وقد تقدم من امثلة ذلك في مبحث الحمل الخارج عن الرحم ما يغني
عن الاعادة بل كثير من امثلة ذلك التمزق ما لا يعلم له سبب غير الحمل الذي يقال له
رحمى بوقى ومثل ذلك يحصل ايضا في الحيوانات غير الادميات فقد اتفق
ان نتيجة ضربه احصان في خاضرتها مدة حملها فظهر عقب ذلك حال او رم
في ذلك الحمل خرج منه خروف صغير

واما تمزق الرحم مدة الطلق فلم تنبئه له القدماء غاية الاتباه مع ان امثلة

الزهر اوى ذكر مشاهدة فيه وذكر بلاتير ان صاحبة قسيس في سنة ١٠٨٤
مكنت في الطلق مدة ثمانية ايام ثم حصل لها شجر مهول وبعد ذلك خرج من
سرته اجنين وحصل نظير هذه المشاهدة ايضا سنة ١٠٩٣ وانما جلوس
هواول من عرف طبيعة هذه الظاهرة التي لم يوضحها المتقدمون واتضح ذلك
بالمشاهدات العجيبة فن ذلك حامل اصببت بالتشنجات وكان المباشر
لها الجراح بنيت فوجد الجنين في البطن والرحم متمزقة تمزقا عارضا واتفق
لاخرى انها ماتت بنزيف فوجد التمزق شاغلا للجانب الايسر من الرحم واتفق
في اخرى ان الشق كان في الجانب الايمن ورأس الجنين مرقى البطن مع ذراعه
وهذه التمزقات كثيرة الحصول حتى ان جر يجوارشاهد منها وحده ستة
عشر مثالا

(المطلب الاول)

(في اسباب تمزق الرحم)

هذه الاسباب تنقسم الى جملتين اسباب مهيئة واسباب متممة فالاولى تنسب
لعيوب اعضاء التناسل او الحوض ولا مراض الرحم وللأوضاع المعيبة للجنين
والثانية تنسب للانقباضات الرحمية وللفاعلات البادية وللأعمال الرديئة
المستعملة من الصناعة وعمال يعين على التمزق الاسقيروس والاورام الليفية
والاثرا التحامية جمع اثره لكونها تضعف المحل التي هي فيه ومثل ذلك ايضا
بالاولى اللين والتقرح والرقعة الجزئية التي تشهد كثيرا في باطن الرحم وكذلك
الصلابة الغضروفية في العنق والانسداد الجزئي او الكلي للقوطة وكذا الورم
العظمي في عظام الحوض ومثل ذلك كبر العرف الخلقي لارتفاع العانة
وانحراف الحلفة العليا للعانة الى الخلف وكبر التواء البارزى الزاوية العجزية
الققرية وضيق مدخل الحوض وبالاختصار جميع ما يمنع خروج الجنين بعد
من الاسباب المهيئة لتمزقات الرحم والأوضاع الرديئة للجنين تؤثر اولا مثل
ذلك ثم يسبب عنها انقطاع الموازنة بين القوة والمقاومة مدة الطلق بحيث
ان معظم الحركات العنيفة التي تفعلها الرحم تفنى في تنوات الجنين

الفقر المنتظمة

واما من منع كون الاوضاع الرديئة سببا فاس ذلك على ان الرحم باقباضها
تبتدأ دائما بان تحول الجسم المحتوية عليه الى شكل يضاوى وتنظم
سطحه الخارج وان الاقباضات الجزئية لهذا العضو غير محققة الثبوت بل
غير ممكنة بالكلية وان الجنين الذى جميع اجزائه يابسة ناشقة كالخشب لا يسبب
تمزقا وان استلزم الحال تحركه بحركات عنيفة قال المؤلف ولقد اخطأ هذا المانع
واسس منعه على الغلط لان الرحم ليست عضلة واحدة اذ قد ثبت ان كل جزء
من اجزائه قادى ينقبض دون غيره وانه يتطابق ويتوافق مع الاجزاء المختلفة
للجنين بعد نزول المياه في بعض الولادات والامعان في البحث في الخلقة كثير
ما ثبت لذلك ويسهل اثباته في كثير من تجربات التحويل فمن امثلة التمزقات
الحاصلة من تنوات الجنين ما شاهدته عزوفى من ان ركبة الجنين استندت على
قنطرة الزاوية الهجرية الفقرية مدة انقباض شديدة فصارت سببا للتمزق ومن
المحقق ايضا ان هذا السبب كغيره من الاسباب الملتزمة عموما يندران ينتج هذا
العارض بدون ان تكون الرحم مصابة بمرض سابق

ولاشك ان الحزام والضغط الردى المؤثر من اسفل الى اعلى اى الذهاب من
العانة الى الصدر بدل ان يكون من السرة الى الحوض لا يعينان على تمزق
الرحم مدة سير الطلق بخلاف الضربة والسقطة والضغط الشديد مهما كان
نوعه كضربة قرن نورا وبقرة لكن ليس شئ من هذه الاسباب ناشئا من الولادة
وانما قد تكون التمزقات الرحمية نتيجة اعتيادية لاقباضات الرحم نفسها
ولست ايضا ناشئة من حركات الجنين كما قال لوفريت

واما من جهة حركات القوابل فمن المعلوم ان الحركات العنيفة للتحويل
واستعمال جفت الولادة والرافعة والكلايات وغيرها من الاكالت التى تدخل
في الرحم قد تصيرها خطيرة جدا لكن لا تكون هذه سببا للتمزق العنق والمهبل

(المطلب الثانى)

(فى كيفية حصول التمزق ومجملاته)

تمزق

تمزق الرحم سواء حصل بنفسه كما في مدة الحمل او بواسطة الانقباض كما في مدة
الطلق يحصل في الغالب بكيفية واحدة اعنى من الباطن الى الظاهر
فاذا انضغطت الرحم المتددة انتهى حلقها بان تقاد للضغط في اضعف جزء منها
لا في المحال التي تفعل الفعل الضاغط فبتأثيرها تنفصها على ما هي محتوية عليه
يتمزق منها الحمل الاقل مقاومة من غيره لا الحمل الاكثرتوترافعل من ذلك
ان مجلس التمزقات الرحمية لا يختلف الا يسيرا عكس ما ينظر به ادى الرأى
والغالب ان يصاب بالتمزق عنق الرحم واعلى المهبل وذلك اول الان هذه المحال
تجهلها في العادة الاعمال التي تستدعيها الولادات الشاقة وثانيا لانها هي
القسم الارق والاضعف في زمن الطلق وثالثا لان عليها يؤثر الرأس او احد
الاجزاء البارزة من الطفل بشدة قوية ورابعة لان الحركات العنيفة من الرحم
من حيث انها تميل لان تجذب العنق نحو القعر يكون العنق متأثرا بقوتين
متساويتين في الشدة وخامسا لانه اذا انحنى الرحم الى الخلف فانقباضات
عضلات البطن توتر هذا القسم اعنى العنق واعلى المهبل شيئا فشيئا نحو الزاوية
المجزية القفوية

ثم يلي ذلك حصول التمزق نحو القعر والجوانب سيما الجانب الايسر لان هذه
الاجزاء هي الاسوأ استسا كما من بقية اجزاء هذا العضو فاذا كان القعر
هو الحمل الاسهل فالمشيمة التي تدغم فيه وتتعب انقباضاته تصير اقل كثافة
ومقاومة والقسم الخلفي منه اقل تعرضا لتمزق من الآخر لانه لا يستند الا على
السلسلة وايضا اذا كان الغالب تمزق العنق نفسه مع اعلى المهبل من الخلف
واليسار فذلك لان الجنين يتجه طبيعة لتلك الجهة بانحرافه الخاص وبانحناء
محور المضيق ولان النصف الخلفي من العنق يكون ارق واسوأ استسا كما
من المقدم المحفوظ بقعر المثانة ولان محور القرج او المضيق السفلي يقهر اليد
او الالة على ان تنفذ في هذا الاتجاه

وبقية الاسباب المهيئة توضع لنا لمشاهدة التمزق الرحمي احيانا في محال بالخر
من الرحم قد شوهدت في المثانة بواسطة التمزق وشوهد ايضا شمول

التمزق لهذه الحوصلة ايضا بحيث تفقد الجنين فيها وصار بعض عظامه قواة
لتكون الحصى فيها وشوهدها تمزق الرحم من جهات اخرى غير ذلك ككونه
من الامام بالعرض في محاذاة العانة ومن الامام نحو القعر ومن الامام
والاسفل ومن الامام في محل انضمام الجسم بالعنق ومن الاعلى والخلف
وفي الجانب الايسر للقعر وفي القعر نحو البوق الايسر ومن العنق الى الرباط
العريض ومن القعر الى العنق وفي الجدار الخلفي وفي غير ذلك وشوهده ككون
التمزق رحيا مهبليا وكذا في الخلف والعنق والقالب ان يكون ذلك
الاخير بالعرض

(المطلب الثالث)

(في التمزقات الغير الكاملة)

تمزق العنق لا يكون دائما تاما سيما اذا كان شاغلا لشق القصة اى دائرتها
المهبلية فلا يكون الا مجرد شق يكون اولا عميقا بسبب استطالة الاجزاء
ثم لم يلبث قليلا حتى يضيق بحيث يقرب لان يذهب بالكلمة فاذا سعى الى بعده
عميق جازان الجدار المهبل يشاركه بدون ان ينشق كله وفي بعض الاحيان
يذهب التمزق حتى يصل الى البريتون الذى يبقى وحده سليما وامثله ذلك كثيرة
منها مشاهدة راد فوروهى ان التمزق ذهب من العنق الى القعر وكان مع الطفل
استسقاء مخي وبقي جزء من الرأس وحده فى المهبل ولم يحصل اذ ذلك تمزق وبقي
البريتون سليما وتكون من الرحم ورم متميز من اليسار ومن الجنين ورم ثان
من اليمين.

وشاهد دوبرك الحالتين من تمزق العنق بقي فيها البريتون سليما وحصل عقب ذلك
رنح دموى وصديدى نحو القطن والحفرة الحرقية وقال المواق وقد اعرضت
على امرأة ولدت سابقا ستة اطفال وحصل لها مثل ذلك فانسع العنق فيها
بانتظام غير ان رأس الجنين كان معيب الوضع فغيرت المرأة هيئتها فمرت
بالجمجمة عقب ذلك بعنف في التقعير واحت حيفتذ بالم تمزق في عمق الخشلة
ثم ماتت بعد ثلاثة ايام فوجد العنق متمزقا من الخلف واليسار الى البريتون

وكان نتيجة ذلك التهاب برتوني عام لكن الاغرب من تلك المشاهدات مشاهدة
 النقطت من بيت الولادة ياربس شوهد فيها ان البريتون منع انصباب بورة
 كبيرة من الدم في تجويف البطن وقهرها على ان تذهب نحو القطن
 وقد تكون الرحم ايضا وضوعا لافواع اخر من التمزق الغير التام لم يثبت لها
 معظم الممارسين ففي الحالة السابقة كان التمزق من الباطن الى الظاهر اعنى
 من التجويف الرحمي نحو البريتون واما في هذه فبالعكس اى ان التمزق ابتداء
 بالبريتون وذلك ان امرأة ماتت بعد اربع عشرة ساعة بدون ان تضع فوجدا
 في القسم الخلفي من الرحم شقوق كثيرة وتمزقات واتلام لم نصب الا البريتون
 وكانت مغطاة بانصباب قليل من الدم وشوهد احياها ان الشق من الخلف
 ايضا وبالمطوية جله قراريط وقد شوهد شق كبير وحوله شقوق صغيرة في قعر
 الرحم وتند ذلك في عمق الطبقة العضلية بعض خطوط وفي مشاهدة اخرى شقان
 طويلان من الامام ثم ثالث يمتد مع ذلك على طبقة خفيفة من مفسوج
 الرحم ويظهر ان الموت حينئذ نشأ من انصباب الدم في تجويف البريتون لكن
 ذلك يظهر في الامثلة التي وجد فيها انصباب كثير كما في هذه المشاهدات سوى
 الاخيرة فانه لم يوجد فيها الا نحو اوقية من الدم قرب الرباط العريض فيلزم
 ان يذكر للموت فيها توضيح آخر ويمكن ان يتقطع الزيف في هذه الحالة بتواتر
 الطلق وسرعة تفرغ الرحم سواء كان يتمزق الاغشية او باخراج الجنين لكن
 كيف يظن هذا العارض مدة الحياة وما الاسعاف الذي يؤمل من مثل
 هذه الواسطة متى كانت الاعراض ثقيلة بحيث تسمح بظن طبيعة الداء
 وقد يكون التمزق بالعرض في الحاجر المهبل فيذهب حتى يفصل معظم الرحم
 عن المهبل قال المؤلف وقد شاهدت هذه الحالة مرتين وكان ذلك فيها ناجحا
 من الاعمال الشاقة بالحق واليد فالعنق من حيث انه موضوع على الرأس
 كعرقية يسهل قرصه ودغدغته بجفت الولادة وفصله من دائرته الخارجية سواء
 من جانب واحد فقط او بمعلقته معا فينتج من ذلك حينئذ عروة او عرى كثيرة
 او قيود عريضة او اهداب تقبض بعد الولادة على نفسها اقتباسا عظيما

قال المؤلف وعندي من ذلك ثلاثة امثلة ففي واحدة منها امكن ادخال اطراف الاصابع الاربع بين القيد والجدران الرحيمة المهبلية وقد يسبب الرأس نفسه هذا الانفصال لا عنق يدفعه امامه وجذبه له كلا او بعضا على هيئة كليل له وامثلة ذلك كثيرة عندنا

ومجلس هذا التمزق يختلف ففي احدى وثلاثين مرة شوهذمنة اولافى القسم المقدم ٨ مرات وثانيافى القسم الخلفي ١١ مرة وثالثافى القسم الجانبي ٥ مرات ورابعافى القسم المقدم الجانبي ٣ مرات وخامسا فى القسم الخلفي الجانبي ٣ مرات

(المطلب الرابع)

(فى علامات تمزق الرحم)

تمزق الرحم مدة الطلق يعرف بعلامات واضحة غالبا فالمرأة تستشعر بالشد يد مع قرقة اولغط ربما سمعه الحاضرون احيانا فتخس بتمزق شئ وتقول كأننى جرحت اوزع منى قلبي او امعاى فاذا ابتدأ التمزق من العنق ظهر هذا الالم الشديد خصوصا وقت ان يقرب الرأس للخروج من الفوهة او المضيق فينبذ يتقطع الطلق حالا ويحبط البطن ويتغير شكله فاذا كان العنق متسعا وانكسر القرن وتقدم الرأس تخرج من الفرج سائل مدم ولا يجد الطبيب باللمس ما كان يجده فى اعلى المهبل ثم يذهب لون الوجه فجأة ويعرض غشى وانحاء خفيف يكون احيانا متهلكا فاذا انصب الدم فى البريتون استشعرت المريضة بحرارة خفيفة تذهب من الحوض الى بقية القعويف البطنى واما جدران الخنثى فانها لما استرخت عرف منها كون الجنين خارجا عن الرحم سواء بحركته اذالم يكن ميتا او بتواتره الطبيعية ويضاف لتلك الاعراض ضعف التبض وعدم تساويه ورخاوته فاذا وجد ذلك لم يكن هنالك شك فى طبيعة هذا التمزق فاذا لم يتمزق البريتون فقد اغلب هذه العلامات وانحصرت فى الاحساس بالتمزق واقطاع الطلق ومثل ذلك احيانا اذالم يحصل من التمزق انصباب دم ولا تغير لموضع الجنين وان كان التمزق حينئذ تاما بل وان لم يتغير موضع الجنين

ايضا وقد يراد على هذه الاعراض ايضا القيء وغيره من اعراض اختناق المعاء
فتوضع هذه التنوعات في العوارض بالتتابع المختلفة للتمزق

والغالب ان مياه الامنيوس تسيل حين التمزق في البريتون فتزيد في الخطر
بسبب كونها مهيئة للامتصاص فاذا كان الجنين حيا جاز ان يعين على اتساع
التمزق بحركاته فازعمه بعضهم من ان موت الجنين يسبق عادة تمزق الرحم خطأ
فاذا كان جرح التمزق شاغلا لا على المهبل او لعنق الرحم وكان ناتجا من بعض
حركات عملية بني الجنين غالباً في الرحم والهواء الذي يدخل عقب ذلك
في البطن ويفسد بسرعة طبيعة السائلات التي يلامسها يسبب انتفاخا عظيما
وينشأ من ذلك الاختناق فاذا لم يتمزق البريتون انصب الدم في المنسوج الخلوي
الحوضي والقطني والحرقني وبعد بعض ايام تعرض ظاهرات التهابية وتقيح
لكن يمكن ان لا يحصل انغماء ولا غشى ويبقى المرض احيانا حيث ذو موضعيا ومنا
طويلا وحيانا لا يخرج الجنين كله بل يبقى بعضه في الرحم وبعضه في البطن
فاذا نزل من المستقيم والشرج كما شوهد ذلك ولم يحصل نزيف كثير لم يشاهد
من ذلك احيانا عروض تعب ولا قلق فاذا خرج الرأس وحده من محل التمزق
بحيث صار البريتون له كعرقبة كما شوهد ذلك ايضا لم تكن العوارض دائما
مختفية في الابتداء بل حتى في حالة ما اذا بقي جزء من الطقل عاريا من البريتون
فان حافتي الجرح قديرة لاسمان بحيث لا يمكن حصول نزيف ولا انسكاب
سائل اصلا

وقد يخرج الجنين كله من الرحم وما يتعلق بها ويبقى المشيمة في محلها او تخرج
معه بدون ان يمتسلى البطن بالدم او بالغاز او غيرها من السوائل او تكتسب
الاعراض ثقلا عظيما وفي احوال اخر بالعكس فتبرز الامعاء في التجويف
التناسلي او سقطت الرحم في حالة نخود حصل اختناق او نزيف ينضم للتأثير
الشديد الذي حصل في الاعصاب فيحصل من ذلك جملة الاعراض المبهولة
التي ذكرناها

(المطلب الخامس)

(في انذار تمزق الرحم)

التمزق الرحمي المهبلي وان لم يكن في جميع الاحوال مهلكا الا انه من العوارض الثقيلة الاكثر خطرا من جميع ما يظهر في مدة الطلق وقد ثبت من المشاهدات ان الطبيعة قد تصل الى شفائه من ذاتها فقد ذكر ديواس مثالا غريبا وهو انه عرض لامرأة تمزق اول وثبت الجنين في المراق الايمن وثقيت المرأة ثم حصل لها حمل ثان اعقب تمزقا ثانيا فتوجه الجنين في هذه المرة للمراق الايسر وخرج بعد ثلاثة اشهر او اربعة الجنينان معا احدهما من خراج والثاني بالشق وذكروا امرأة ايضا تمزقت جدران بطنها مع الرحم بحيث خرج الجنين من ذلك الشق ومع ذلك شفيت * واتفق لامرأة انها احست بقرعة فحصل لها التهاب بريتيوني ثم ورم صلب غير متحرك في الجهة اليمنى وخرج من الفرج لحم تن ثم حصل لها حمل جديد نشأ عنه اندفاع جنين عفن ولم يذهب الورم الا بعد خروج قطع الجنين من الشرج وامرأة اخرى حامل حصل لها الم شديد وورم انتفخ من السرة وخرج منه جنين وامثال ذلك كثيرة

(المطلب السادس)

(في معالجة تمزق الرحم)

العوارض التابعة لتمزق الرحم والمعالجة التي تستدعيها تكون مثل ما في حالة الحمل الخارج عن الطبيعة مع تمزق الكيس او تقرب منها فلا ذكر هنا الا ما يتعلق بالولادة واستخراج الجنين والشق البطني فاستخراج الجنين ينبغي ان يفعل من الطريق الاعتيادي متى امكن فان دولا موت اتقوله في امرأة انه قد شق على الجنين في البطن حتى اخرجته من المهبل وان كانت المرأة ماتت في اليوم الرابع واما المرأة في مشاهدة دو جلاس فشفيت * واتفق في بعض المشاهدات ان اليد ذهبت في التقديش في البطن حتى مست الكلية وفي اخرى مست الكبد وشفيت المرأة بعد ذلك فاذا كان الرأس في التقعير مسك بجفت الولادة ومثل ذلك ايضا اذا كان

في المضييق

في المضيق العلوي وكان التمزق في العنق او اعلى المهبل وانما من المهم حينئذ ان تهدي الآلة على الاصابع الى اعلى التمزق وان تحقّق الحركات فاذا لم يمكن مسك الجنين من رأسه يتحايّل على مسكه من قدميه فان لم يوجد الا واحدة فبعض توصيلها وتثبيتها في الخارج وبه عمل مثل ذلك في الذراع اذا وجدوا ولا ثم يخدم ذلك كمرشد للتفتيش على القدمين فاذا كان الجنين في البطن عمل كما قلنا بان يمر به من الجرح حتى يخرج من المهبل

فاذا كان الجنين محتسقا في الجزء التمزق جاز ان يستدعى عملية فك الاختناق اي يطلق اختناقه وبعد استخراج الجنين تدخل اليد في الرحم ليقنّش بها على المشيمة او على الخلط الدموية او لارجاع الامعاء لمحلها اذا دخلت في الجرح وتقهّر الرحم على الانقباض

واما الشق البطني فلا ينبغي التوقف في فعله حالا اذا لم يمكن النفوذ من الطريق الاعتباري سواء كان الجنين كله في الرحم او بعضه وعندنا النجاح ذلك مشاهدات كثيرة ولا بأس بان نبه على ان تمزق العنق الذي يكون بمجرد شق او انفصال يكون قليل الثقل والخطرفتي خرج الجنين شقي التمزق بدون واسطة بل ولو نفذ التمزق الى المسانة وكذلك الثقوب الناتجة من جفت الولادة او غيره لا تستدعى شيئا من الوسائط فاذا تعوق التمامها لم يحتاج لشيء سوى شق القيد وليس هنا محل الكلام على ما يفعل في الرواسب الدموية او الصديديّة التي تتكون حول المهبل او في اقسام اخر من البطن

(الفصل الثاني)

(في تعسر الولادة الذاتي)

الولادة تكون في ذاتها عسرة اذا كان عمر الجنين لا يمكن النفوذ منه او يكون معاقا بسبب مانع مميّز فيستدعى وسائط الصناعة وتلك الموانع بعضها ينشأ من المرأة وبعضها من الجنين نفسه

(المبحث الاول)

(في تعسر الناشئ من امضاء المرأة)

للقعسرات التي تنشأ من اعضاء المرأة نارة تنسب للاجزاء الرخوة وتارة
للاجزاء الصلبة والاولى وحدها هي التي تستغل بها هنا لان الثانية ذكرت
في مجت عيوب الحوض

(المطلب الاول)

(في الاورام التي تظهر في الحوض)

قد شوهد في التقعير الحوضي اورام مختلفة كثيرا ما نتج منها تعسرات عظيمة
في الولادة فمن تلك الاورام ما كان موضوعا امام العجز ودفع عنق الرحم
الى الاعلى بحيث لم ييسر الوصول اليه وكثيرا منها ما كان مجلسه في سمن العجان
او الخارج المستقي المهبل وتختلف تلك الاورام في الحجم والقوام والطبيعة
فذلك تختلف الوسائط التي تستدعيها فاذا كانت صغيرة الحجم او قابلة
لان تقسطح بالانضغاط لم تمنع انتهاء الطلق انتهاء طبيعيا وقد جمع بكلا
من ذلك امثلة كثيرة كان الورم في بعضها ساغلا لثلاثة ارباع التقعير
وايكاس المبيض او البوق شوهد مجيئها واستقرارها في التقعير المستقي الثاني
بحيث غيرت موضع الرحم وشوهد ان الرحم ذهبت للجهة المقابلة للورم
والتموا بط هذا الكيس من جهته او من السرة لكونه كان كبيرا الحجم وذامادة
سائلة وخرج منه في بعض المرات نحو اثني عشر رطلا من السائل وتمت الولادة
بالقدمين وشاهد الطبيب بورن ان الورم ملاء الحوض كله واستخرج بنجاح
بواسطة التشريح مع غاية الاحتراس وتلك الايكاس ليست نادرة الحصول
ومتى علمت فيها عملية البط اندفع الجنين بسهولة وقد اشتغل بها الطبيب بورن
مع غاية الاتباء وقال اذا كانت متحركة فانها تدفع الى الداخل فان كانت
محتوية على سائل ينبغي بطها وان كانت ملتصقة ينبغي استئصالها فاذا لم يتأت
استعمال تلك الوسائط استعملت عملية الشق الراسي او العملية القيصرية
والكتل الاسفروسية او الليفية في المبيض او الامعاء او الثرب من حيث انها
متحركة بحيث تذهب حتى تستقر بين الرحم وجدران الحوض تستدعي
طريقة للعلاج مخصوصة مادامت غير ملتصقة فيلزم ازالتها عن مواضعها

والذهاب بها الى اعلى المضيق العلوى ولاجل ذلك تستلقى المرأة اولا على ظهرها او على جانبها بحيث يكون الحوض ارفع من الصدر وتسترخى جميع العضلات ثم بمساعدة اليد او الاصابع يدفع الورم حتى يخرج عن عمرا الجنين فاذا لم ينفع شيء من ذلك للرد اضطر لاستبصاله بشقوق تفعل بالعرض في المهبل او المستقيم او تعمل العملية القيصرية

والتولدات اللحمية السرطانية والاورام الخنازيرية او الليفيه او المحوذات اذا كان مجلسها في المنسوج الخلوى الحوض ولا يمكن ترزحها عن موضعها تكون اخطر من الاورام السابقة فانها بما عفا ومنها رأس الجنين تعرض الرحم وغيره من الاعضاء المحوية في التقعر للرض والثقب والتمزق الذي يعسر التحرز منه وهى تسبب ايضا خرد الرحم وضعفها وكنها ما يتسبب عنها النزيف او التشجات او الالتهابات المختلفة وقد استخرج الحكيم اسندمان من تلك الاورام ما كانت دائرة اثني عشر قيراطا وحصل من ذلك نجاح وذكرد اتمان وربما كان شاغلا للمضيق العلوى على جانب العجز بحيث صير الولادة غير ممكنة وقد يتفق ان احدى الكليتين الموضوعة امام الارتفاق العجزى الحرقى تمنع الولادة اذا كانت غير قابلة للانضغاط او في حجمها عظيم بحيث تمنع نفوذ الرأس واذا ظهر ان الكتلة المرضية ناشئة من الرباط العجزى الجبى صح ان يجتهد في استئصالها كما يخرج ذلك احيانا

والاورام التى تظهر في الحاجر المستقيمي المهبلى تكون في الغالب بسيطة متكيسة اتفق للرحم مرات انه دفعها فنفذت تارة من الشرج وتارة من العجان التمزق وفي بعض الاحوال تمزقت من الحركات العنيفة للعضلية ولا خطر في ذلك اذا خرج سائلها من المستقيم او المهبل او ترشح في المنسوج الخلوى المحيط بها وارواسب الدموية التى تتكون احيانا في هذا الحاجر يسهل خروجها بالشق اذ لم تنفتح من ذاتها في المستقيم او المهبل وقد اتفق انه شوهده مدة الطلق ورم كبير انتهى حاله بالتمزق فوجد خراجا وشفيت المرأة منه لكن قد ينجم منه احيانا خشك ريشة او غنغريتا بل او التهاب بريتونى مهلك اذا شمل

التمزق الفشاء المصلى البطنى

فعلم ان من الحزم تفريغ الورم واستئصاله اذا تحقق كونه يمنع خروج الجنين
او يصيره خطرنا ثم قد يعسر تمييز الورم الجديد الى او المتكيس من الاورام الصلبة
لكن يكفى لازالة الشك كما قال ديزرموس بط الورم بياذلة صغيرة ولا خطر
في ذلك اصلا

(المطلب الثانى)

(فى الحصى البولى)

من المعلوم ان الحصى الكبيرة الحجم يمكن ان تكون وقت الطلق موضوعة خلف
ارتفاق العانة اى تحتها وبهذه الكيفية يقصر القطر المقدم الخلقى للجوز
ولكن الاشياء التى تحصل ولا بد من ضغط رأس الجنين على الحصى بقوة متجهة
من اعلى الى اسفل هى الرض والتمزق فى المشانة او الحاجز المهبلى الشافى وكذا
الالم والنواصب البولية ونحو ذلك من العوارض التى قد تتبع ذلك فى ابتداء
الطلق يسهل دفع الحصى وحفظها اعلى الارتفاق حتى يأتى الرأس ويستقر
تحتها فاذا لم يناد الطبيب المولد الا بعد ان نزلت قبل الرأس ينبغى ايضا
ان يجتهد فى ازالته عن محلها ويتجه بها الى اعلى المضيق كما اتفق ذلك للطبيب
دبواس الصغير فان لم يتيسر ذلك شق على الحصى من الجزء المقدم للمهبل
اى تعمل عملية الشق المهبلى للحصى

قال المؤلف ولم اعرف الى الآن ما ذكره لوفيرغات من لزوم عملية الحصى
من الخثرة لان الحصى انما تكون عاتقا اذا كانت اسفل الرأس فالشق عليهما
حينئذ من فوق العانة لا يسمح باستئصالها فان كانت ايضا اعلى الرأس ربحى
حفظها هنالك فى عملها وتكون العملية غير نافعة ومثل ذلك ايضا فى عدم
المناسبة لشق الرأس الذى ظن بعضهم لزومه وفعله فماتت المرأة فى مساء يوم
العملية فالشق المهبلى وحده هو الذى يعمل هنا فاذا عرف فى مدة الحمل وجود
الحصى كان من المناسب استئصالها فى تلك المدة قبل مجئ زمن الطلق

المطلب الثالث

(المطلب الثالث)

(في امور غير اعتيادية في القناسة القرحية الرحمة)

الاول الشفران الكبيران والصغيران قد ياتصقان ويسدان المهبل كلا وبهضا وكذلك غشاء البكارة قد يكون صلبا او لينيا او غضروفييا ولا يترك الا فوهة صغيرة تدب خروج الجنين لان الولادة تمتنع دائما لان تلك الحواجز الضعيفة لا تقاوم الانقباضات الشديدة للرحم ولكن الاحسن ان تشق تلك الاجزاء بالآلة القاطعة وذلك اولى من ان يترك ذلك فتكون المرأة معرضة لشره مطه وتغزق غير منتظم وغير محدود ودور بما كان خطرا وقد علمت ان وجود تلك الاشياء من اسباب التمزق المركزي للحجاب فاذا كان ذلك المانع هو غشاء البكارة كان معه دائما بعض قنحات صغيرة يحصل بواسطتها العلوق والعملية في تلك الحالة بسيطة جدا وتقوم من شق او شقوق كثيرة يزول بها هذا الانسداد وتنفعل وقت ميل الرأس للنفوذ من المضيق السفلي اذ لم تفعل قبل ابتداء الطلق وقد اتفق احيانا حصول الولادة بدون فعل ذلك الشق والشقوق فاذا حصل انسداد صغير تام للفرج من بعض الامراض فعلت تلك العملية ايضا خوفا من تمزق الحجاب ومثل ذلك اذا انسدت فوهة القرح بغشاء عارض يمنع خروج الجنين ومع ذلك اذا ظهر في الاجزاء مدة الطلق اين او اتجه الرأس باستقامة فجاء القنحة المهبلية جازا ان تتم الولادة بدون عمل شيء واذا كان الانسداد تاما وحصل ذلك من ابتداء العلوق كان من الرأي احداث طريق للجنين عندما تضغط الرأس على ارضية الحوض فان بدون ذلك يتمزق الشرج والحاجز المستقيمي المهبل بل والرحم نفسه ويحصل من ذلك نوايج خطيرة ويلزم ان يكون محل الشق هنا بين الصماخ البولي والشرج بحيث لا يمس المستقيم ولا قناسة مجرى البول

الثاني من المعلوم انه متى كان الطرف القرحي للمهبل منسدا بالكفاية لم يمكن العلوق من الطرق الطبيعية لكن لا يندران توجد بعض الجملة او تضايقات جرحية في بعض محال من طول هذه القناسة ويمكن ان يحصل هذا التضايق

بين العـ لوق وانتهاء الوضع فاذا لم تكن تلك الالجمة عتيقة ولا صلبة فالغالب
انها تلين وتقطع من تزايد الطلق فاذا حصلت منها مقاومة بحيث خشي
تمزق الرحم او خوردها او تشنجها او نحو ذلك لزم شقها من حوافها بشقوق
صغيرة كثيرة فلا يكفي شقان لتمدد الجلم مستدير من هذا النوع وانما يشق
من جهات مختلفة ومشاهدات ذلك كثيرة من المؤلف ان امرأة ولدت مرتين
بواسطة الآلات ثم في الولادة الثالثة جاءت لما رستان المدرسة ومعها اوجاع
الولادة منسدة ثلاثة ايام فاراد المؤلف ان يدخل جفت الولادة فادرك الجفت
في الطريق مانعا فاذا هو الجلم عريض صلب كانه ليني غضروفي شكله نصف
دائرة موضوع اعلى الفرج بغير اطين فشق هذا الماهر حافته السائبة من ثلاث
محال وتمت الولادة بدون ان يحصل ما يسوء الخاطر وقد اتفق حصول الولادة
بنفسها في احوال كانت القناة فيها منسدة بالكمية اوضيقة جدا بحيث يتيسر
نفوذ ريشة فيها فحصل من تلك القناة اتساع كاف عند الولادة ولم يحتاج لفعل شيء
ولم يحصل خطرا صلا

(المطلب الرابع)
(في آفات اخر للقناة الرحمية)

الاول اذا كان المهبل منفتحاً في المثانة من قديم لم يحصل التلقيح ضرورة فيكون
من غير النافع عند هذا الزوغان من اسباب عسر الولادة فان صح ما قيل من انه
شوه دموا الجنين في المثانة الى تمام اشهره كان ذلك دليلاً على امكان حصول
حمل مناني

الثاني ذكر كثير من المؤلفين نساء كان رحمهن منفتحاً في المستقيم وحملن وولدن
كغيرهن بدون استعانة بوسائط غريبة او بواسطة شق بسيط اذا جاء الطفل
من انشرج

الثالث شوه دم مهبل من دوج تمزق حاجزه مدة الطلق بحيث صار كله قناة
واحدة وشوه دم ايضاً احجاب حاجز موضوع في اعلى المهبل منع الولادة ولم يكن
فيه الا فتحة صغيرة ونفع في ذلك الشق وجفت الولادة وشوه دم ايضاً دائرة صلبة

تقرب لليفية حصلت من ولادات شاقة سابقة وكانت موضوعة قرب العنق واستدعت عمل بعض شقوق فيها ولكن نزل الجنين ميتا ونج من ذلك دوام نزول البول وشاهد جملوت سير طلق امرأة كان مهبلها ضيقا ورأى جيدا ان الالجمة ابتدأت في اللين من وقت انغماس الرأس في التقعر وصارت الدوائر الضيقة تتسع في كل وجع على كيفية اتساع العنق حتى قبل ان تأتى الجمجمة اليها الرابع ذكر الطبيب استجمان بنتا كان مهبلها منفتحا اعلى العانتين وشاهد مر جاني نحوه ولم يمنع ذلك علوقها ففي مثل تلك الحالة ينبغي اولاً ان يجتهد في اتساع الفتحة الطبيعية فاذا لم يكف ذلك يعمل شق مركزي او اكثر في الفتحة مع الاحتراس من التقرب للبريتون والمثانة

(المطلب الخامس)

(في اورام الفرج)

الاول الاسقيروس والاورام الليفية قد تمولد اذرا على الفرج وتمنع الولادة وتستدعي عمايات ثقيلة وقد تشاهد احيانا التهابات مزمنة او حادة يمكن ان يحصل فيها ثقل بمرور الجنين منها فمن المهم معالجتها بقوة في النساء اللاتي قرب او ان وضعهن

الثاني قد تكون الشقران الكبيران محلا لاورام دموية من نوع خاص وستتكلم عنهما عندما نتكلم على عوارض الولادة ويكفي الا ان نقول انها اذا كانت كبيرة الحجم بحيث تتعب خروج الجنين او تعرض الام لآلام شديدة جدا ينبغي ان يغمس مشرط في مركزها لتستفرغ بالكلمة

الثالث قد تصاب بعض النساء حتى الاقوياء قرب نهاية حملهن بارشاح كثير في الاطراف البطنية اى الرجلين بل في جميع الجسم فر بما اكتسبت من ذلك الثنيات الجلدية والمخاطية للفرج حجما كبيرا وسدت المهبل سدا تاما فيحصل في نهاية المطاف عسر عظيم مؤلم جدا فاذا تركت تلك الحالة للطبيعة نفسها خشي حصول الغنغرينا والتزقات العميقة ومن سوء اليخت انه لا فعل للطبيب المولد في مثل تلك الحالة وانما يصح ان يفعل في تلك الثنيات شرايط بسيطة

ونستعمل غسلات مرخية او مسكنة وتراعى الاحتراسات اللازمة بحفظ هيئة
الاعضاء وبالحرركات العنيفة العضلية

(المطلب السادس)

(في انقلاب المهبل)

قد ينقلب المهبل مدة الحمل بل ومدة الطلق قال المؤلف قد دعيت لامرأة
مكثت في اوجاع الولادة مدة ثلاثين ساعة فرأيت ان رأس الجنين دخلت كلها
في التقعير غير ان المهبل كان منقلبا كله بحيث تكون منه خارج الرحم حوية
فطرية مزرقة اللون اكبر في الحجم من قبضتي اليد فاحتجت في ذلك لادخال
جفت الولادة لاجل تخليص المرأة من الحمل والنساء القوابل في بعض البلاد
تسمى تلك الحالة بحزام القرج ويقلن انه يلزم بعد ادخاله ان يحفظ في محله
الى نهاية الوضع ولا ادري هل يحصل من تلك الحوية تزيف اذا اندفعت بالرأس
وتمزقت ويقرب للعقل ان من هذا القبيل الانتفاخ الذي ظنه بعض الجراحين
المشيمة فخرقه وحصل منه ما حصل وشاهد بعضهم سقوط الغشاء الباطن
للمهبل كله وذكر روجون انه تم الولادة بفعل شقوق لكن لما كان الظاهر
ان هذا الانقلاب لا يحصل الا بعد ان يدخل الرأس في المضيق العلوى
او في التقعير كان لا بأس بامتهمال جفت الولادة فلا نستعمل الشقوق التي
اوصى بها جزمان ولا التشاريط الا اذا لم يمكن استعمال الطريقة المذكورة
التي استعملها المؤلف

(المطلب السابع)

(في تغيرات العنق)

الاول قد تكلموا كثيرا على انسداد العنق الرحمي في وقت الولادة ولكن
القريب للعقل بل المجزوم به ان كثيرا من المؤلفين ممن تكلم على انسداد العنق
غلطوا في ذلك بسبب زوغان بوزطنشيا قال المؤلف كثيرا ما رأيت
من المولدين الممارسين من حزم بان الفتحة المهبلية للرحم غير موجودة مع انها
انما كانت مرتفعة نحو الزاوية الجعزية الفقيرة فالظاهر ان ما زعموه من انسداد

عنى الرحم يكون من هذا القبيل وانما يمكن كما هو واضح ان ينسد ذلك العنق
بسبب مرض ثقيل كالتهاب حاد يعرض بين زمن التلقيح وتام الاشهر ففي تلك
الحالة تكون الاعضاء بالضرورة مجسما لتغيرات دائمة يرتفع معها الشك
في الانسداد ووجود العلامات المذكورة توقف الانتباه له من قبل ويندر
ان لا يكون الاسقاط نتيجة ذلك وذكرنا انه وجد العنق منسدا بفشاء
واكد ذلك بفتح الحنة غير ان هذا المثال قابل للشك وشك دائم في وجود هذا
الانسداد وقال ان القائمين به اشتبه عليهم بذلك انحراف العنق وبالجسلة
فانسداد العنق عسر بحيث يبعد ان يتسبب عن اقل ما يكون من العمليات
فملا استعمال الآلة القاطعة في هذا العضو يسده قليلا مع ان كثيرا من النساء
اللاتي كابدن ذلك حملن وولدن بدون استعانة بشئ او بواسطة الحف نغم
هو امر يمكن شاهده المؤلف سنة ١٨٣٣ عيسوية في امرأة مكثت في الطلق
يومين وكان اعلى مهبلها مسدودا بحيث يجتاز الاصبغ جميع اجزائه ويتأكد
بسهولة ان الفوهة الرحيمة مسدودة ومع ذلك يستشعر من الخلف قليلا بها على
هيئة اثره صلبة مثلثة فاستدعى الحال عمل شق لاحداث طريق صناعي
وخرج الجنين منه حيا ورجعت للمرأة بحيتها وصار دم الحيض يسيل من الجرح
وقد عرف بعد ذلك ان هذه المرأة حققت نفسها لاجل اسقاطها بجوهر قلوي
كاهو حصل لها من ذلك تألم طال زمنه لكن اذا كانت الامثلة الصحيحة للانسداد
التام في زمن الطلق نادرة فاقله انه كثيرا ما يشاهد في الفوهة تضايق او تبس
جزئي او كلي واكثر من ذلك تضايق محال آخر من طول العنق

الثاني انسداد العنق وتضايقه بسبب اورام تولدت فيه فاذا كانت هذه القناة
منسدة بكثرة اسفنجية او بوليوسية لزم ان ينتظر نزولها في المهبل لتستخرج
وبعد ذلك يفعل كافي الولادة بدون ذلك فاذا كان مجلس الورم في الجدار الخلفي
للعنق جاز قطعه كما يفعل ذلك عييل مع نجاح اما اذا كان شاغلا لجدار الرحم
ففسها فلا يفعل ذلك

واما التيسر الاسفنجي الحزفي فيمكن ان لا يستدعى وسائل مخصوصة

ففي مثال ذكره ديزرموس حصل الاتساع من ثلثي دائرة الفتحة فقط وخارج
 الجنين عقب ذلك حالا فان استولى التيبس على جميع العنق سواء في ذلك طرفه
 السفلي او جزء آخر اقرب لتجويف الرحم استعملت العملية القيصرية المهبولية
 اذا علم ان الاتساع القهري بالاصابع او بالآلة الرحمية غير ممكن وقد استعمل
 الآن هذا الاطلاق مرات كثيرة بحيث لا منازعة في منفعته ومع ذلك
 لا يقال كما قال بعضهم ان هذه العملية لا يحصل منها عوارض اصلا بل نقول
 ان من القاطم المبادرة بفعلها وتتمسك بما قاله فودريه من انه قد يظمر للاطباء
 الممارسين قليلا ان العنق صلب اولي في غضروف في بعض النساء اللواتي يسير
 طلقهن في الابتداء يسطى زائد مع انهن في الحقيقة غير مريضات وان الاتساع
 قد يحصل من طبيعتهن ولكن اذا استقصى الاتساع ولم يتقد لوضع الكرات
 الموسعة والقصد واستعمال المرحيات فالاحسن ان تعمل عملية الاطلاق
 لان ينتظر التمزق فاذا بلغ التيبس والاستحالة الاسفروسية درجة عالية
 اضطرر للاستعانة بالصناعة واما الاتساع القهري فيحدث فيحصل منه
 تمزق خطر

هذا وقد ذكروا ان معارضة عنق الرحم لخروج الولد كثير في الغالب
 من معارضة الحوض له وان يوسمه من الاسباب الغالبة لبطنى الطلق
 وان حصول عسر الولادة من ذلك اكثر من حصوله من الحوض وان الشهم
 المحيط بالرحم يمكن في بعض النساء ان يصير الولادة عسرة

الثالث في امراض مختلفة ومما يدعى احتراسات مخصوصة ايضا وجود
 ورم ليفي او اسفيروس او بوليبيوس او اثر التهام او خراج في جدار الرحم او على
 سطحه الباطن اذا امكن معرفة ذلك وذلك اولان الحمل المريض لا ينسبط
 غالباً مع انبساط العضومة الحمل ولا يرجع على نفسه بعد الولادة وثانيا
 ان ذلك لا يتعب ويعوق الانقباضات مدة الطلق فيعين بذلك على تشخيص الرحم
 وتمزقاتها وزنه وخواصها وهبوط البنية فيلزم حينئذ استخراج المرأة حسبما
 امكن بالصناعة من مثل تلك الاخطار واستخراج الجنين بدون طول انتظار

سواء باليد او بالالات فان قيل قد ثبت من كثير من المشاهدات ان الولادة تحصل في الغالب حينئذ بدون استعانة من الصناعة وهلاك النساء قبل تعلم شهر الحمل انما يكون من تقدمات الداء نقول ان ذلك لا يمنع جواز حصول الاخطار التي ذكرناها والا احتياج الى استعمال وسائل الصناعة للنساء المصابات بهذه الآفات

(المطلب الثامن)

(في تغير موضع الرحم)

تغير موضع الرحم وزوغانها لم يسبب شيئا الا كونه يصير الولادة اجيائا عسرة جدا بل غير ممكنة بالكيفية والكلام هنا محصور في مهمتين

(المهم الاول)

(في سقوط الرحم)

السقوط التام للرحم لا يمنع العلوق بل قد يكون الحمل هو الدواء له ثم ان السقوط قد يحصل في غاية تمام الاشهر وقد يحصل في مدة الحمل وفي كلا الحالتين متى وصل الحمل العناية تمامه جاز ان الرحم التي لا يمكن مساعدتها حينئذ بعضلات البطن تخلص منه بنفسها بدون استعانة بشيء وقد لا تنكسر حركتها العنيفة لذلك فمن المحرم ان تستعمل حينئذ على التعاقب المطبوعات والمغليبات والمراهم المرخية ثم التوسيع ثم الشق لطوافي الفوهة وبالجمله فمن الاطلاع على المشاهدات يعلم ان السقوط قد يحصل في آخر مدة الحمل وتلد المرأة بدون استعانة بشيء كما قلنا وقد يحصل قبل ذلك كما في الخصاص مثلا ويحصل عقب ذلك الاسقاط فيصح ان يعد سقوط الرحم من اسباب الاجهاض وقد اتفق لبرتون انه لم يمكنه رد الرحم الساقطة الا بعد ان استفرغ من المشيمة نحو ستة ارطال من البول ورشتر يمكن من ادخالها بواسطة استلقاء المرأة على ظهرها ووضع جهاز معلق اى مانع للسقوط وحصلت الولادة بدون عارض وفي بعض الاحوال اضطر لوضع جفت الولادة وقد اتفق ان العنق وجد مع ذلك سميكاً مندملاً فاضطر لعمل شق عريض في كل جانب

ونزل الجنين ونفيت المرأة بل قد عمل احيا ناشق صليبي مع العنق طوله ثمانية
عشر خطا وحصل منه نجاح وقد ظهر في مثال ذكره دبوي ان الرأس كان
مغلقا بالرحم وبرز في التمتع ونظنته القابلة الجيب المائي اى القرن ثم اندفع
ذلك الرأس نحو القرح بحركات عنيفة حصلت من المرأة ووجد بعد الولادة
في الرحم قصة عريضة موضوعة بالعرض قرب القوهة الطبيعية
ومن المستغرب الغير الواضح مشاهدة فازولاس وهى ان الرحم خرجت
الى الخارج مدة الطلق وانسقت الى قعرها بدون ان تموت المرأة من ذلك
فقد علم من تلك المشاهدات ان شق العنق قد يحتاج اليه وقد لا يحتاج اليه
وكل ذلك لا يخالف ما ذكرناه من القواعد فى اول البحث وانما نزيد على ذلك
ان كبر دون ظن انه اذا كان السقوط غير تام ومضوبا بالالتصاق يضطر للعملية
القيصرية المستقيمة المهبيلة

(المهم الثاني)

(فى فتح الرحم)

قد ذكرنا مشاهدات كثيرة فى فتوق الرحم مدة الحمل لكن المظنون ان اصحابها
غلطوا فى ذلك وانما انما كانت من الانحراف المقدم للرحم او نقول
وهو الاحسن كما هو واضح فى مشاهدة ويمر انما كان ذلك من الانقلاب المقدم
اى التفات القعر الى الامام اى الى جهة العانة والعنق الى الخلف اى الى جهة
العجز وهذا التحويل على رأى كثير من المؤلفين مانع قوى لانتهاه الولادة من
نفسها بحيث انهم لم يجدوا واسطة فى مثل تلك الحالة احسن من العملية
القيصرية مع ان هذه الواسطة يندر ان يستعملها شخص يعرف ان يوضح
بالضبط اعمال البنية ووسائطها فاذا امكن رد الرحم لوضعها الاول فعلة
الطبيب المولد فان لم يمكن ذلك امر المرأة بالوضع الاقوى وان لا تفعل حركات
شاقة ثم انه فى مدة الاقباضات بل وفى مدة القترات لا بأس ان يدفع الرحم
باليدين الموضوعتين على الخشلة كأنه يدخلها فى البطن فهذه الاحتراسات
التي ليست دائما لازمة تمدد العنق وينفتح وينتهي الطلق بدون استعانة بشئ

آخر بدون خطر حتى في الاحوال التي تكون بحسب الظاهر عشرة قد اتفق
 الطيب ما كسرتف انه دعي لامرأة معها من زمن طويل فتقرحى نخذي
 وكابدت بعض اعراض الحمل ووصلت الى تمام اشهره فرأى هذا الجراح
 ان الانذار ممت وظن الاضرار لعملية الشق الرحي ومع ذلك لم يفعل شيئا من
 ذلك وحصلت الولادة بنفسه بدون استعانة بشئ وهو ايضا امثلة اخر علمت
 فيها العملية القيصرية وماتت المرأة وبعضها حصلت الولادة بدون شئ ونجحت
 المرأة وبغيرتها فاذا كان الفتق سريا جاز ايضا التحذر من العملية القيصرية
 يعني وتم الولادة من نفسها كما شوهد ذلك وربما شوهد عسر هذا الانقلاب
 لكن الغالب كونه حينئذ معصوبا بعيب في الحوض او بغيره في العنق

(المطلب التاسع)

(في الزوغانات)

بمجرد زوغان الرحم بانواعه قد يتعب سير الولادة ويستدعي احتراسات
 مخصوصة ولكن ان من المهم ان تنبه هنا على انه لا ينبغي اشتباه زوغانات
 العنق التي تكلم عليها بعض القدماء من المؤلفين بالانحرافات الحقيقية للرحم
 فان انحراف الفوهة وان كان كثيرا ما يتطابق مع انحراف قعر العضو
 الا ان وجود احدهما مع الاخر ليس بلازم اي انه قد ينقل عنه في غير الغالب
 والكلام هنا مختصر في مهمين ومختصره في مهم ثالث

(المهم الاول)

(في زوغان الرحم)

اذا كانت الرحم مائلة الى الجانب اولى الخلف لم ينتج من ذلك تعصيرات عظيمة
 في اندفاع الجنين اذ لم يكن هذا السبب آخر للعسر بخلاف الانحراف
 الى الامام سيما اذا كان كثيرا فان وسائط الصناعة ربما كانت لازمة له فتؤمر
 المرأة بالاستلقاء على ظهرها من ابتداء الطلق حافظة لوضعها الافق مع
 الاحتراس على رفع دبرها جدا ثم تدفع الخثرة الى الخلف مع ادخال اصبع
 او اصبعين في المهبل ليجتهد في توصيل العنق الى مركز الحوض وهذه الحركات

الآخرة انما تنفع اذا كانت الفوهة مرتفعة نحو الزاوية العجزية القورية
 فان كانت الرحم بدل ان تنحني على هيئة حركة البرجوحة انثب على مسطحها
 المقدم على هيئة معوجة كيماءوية لم يلزم فعلها وانما تلزم المرأة حينئذ
 بان تلطف بل تقطع حركاتها العنيفة لان فعل الحجاب الحاجز والعضلات
 البطنية مدة الاوجاع عييل دائما لان يزيد في الانحراف فيبطل الاعمال التي
 يعملها الطبيب المولد في الجهة المخالفة قال المؤلف وقد دعيت لامرأة
 شابة لم يتقدم طلقها منذ ساعات كثيرة مع ان الاوجاع كانت شديدة جدا وكانت
 الرحم مقوسة على هيئة معوجة وهى تبحث ان في كل انقباض يصير
 وجهها الخلفي كله اقشفا فافهمت المريضة ان حركاتها العنيفة غير نافعة
 بل ربما منعت انتهاء الولادة فقبلت نصيحتي وتصلبت بجميع قواها على
 الاحساسات التي تنبها على الاندفاع فلم تلبث الرحم قليلا حتى ارتفعت من
 نفسها مدة الانقباض وجاء الرأس بسرعة واندفع الجنين وكل ذلك في مسافة
 ساعتين فعلم من ذلك ان هنالك احوالا من الزوغان يلزم ان تترك الولادة
 فيها للانقباضات الرحية فقط وما زعمه موسكيون ودوقتيير من ان الغالب
 انتهاء الانحرافات الرحية بوضع الجنين بالعرض غلط وكذلك زعم ان ذلك
 لا يحصل ابدامع ان من المتقدمين من ذكرها سببا من اسباب عسر الولادة
 ومنهم من ذكرها من عيوب الوضع واما الحامل للطبيب سميلي والحكيم
 هلد على اهمال ذكر نتائجها فانما كان القصد بذلك مضادة دوقتيير في كونه
 بالغ ونعالي فيها فاذا كانت تلك الانحرافات كافية لحصول الاوضاع
 المستعرضة وللمعجب بالكثف فاقله حسبما يظهر انها كثيرا ما تكون ايضا سببا
 للمعجب بالوجه او الجهة او القفا او الحديبات الحدارية او الجرفقة او غير ذلك
 فهي بالنظر لذلك تستدعي انتباه الطبيب المولد

(المهم الثاني)

(في الزوغان المقدم لرأس الجنين والخلفي للرحم)

قال المؤلف يلزم ان انبه على نوع من الزوغان لم يتفق لي مشاهدته لامرأة واحدة

وما وجدته

وما وجدت في كتب المؤلفين من امثله الا يسيرا وهو خلاف الانحراف المقدم
فلا ينبغي اختلاطه به وذلك انني وجدت في مشاهدتي ان قعر الرحم كان مائلا
الى الخلف اكثر من الامام وحصل من رأس الجنين في اعلى المضيق بروز عظيم
نزل الى قرب الفرج فكان يوجد مستقرا امام ارتفاق العانة ومع ذلك كانت
جد ران البطن رقيقة بحيث يسهل الاستشعار بالرأس ويواخضه ودروزه من
خلف تلك الجدران وكانت القمعدوة على اليمين والوجه على اليسار والجداري
الايمن مستند على الوجه المقدم لارتفاق العانة والجداري الايسر من الامام
وعنق الرحم الذي اضطربت للتفتيش عليه في مجازاة المضيق العلوي
كان كانه محفورة في سمك الرحم وبذلك كان من الخلف اكثر طولاً من الامام
ولاجل وجدان الفوهة والنقود منها الى أس الجنين التزمت ان احني الاصبع
بحيث مرت بها اقبيا على اعلى العانة فاستغربت هذه الهيئة وانظرتها
لمن حضرها عندي من التلامذة بحيث سهل عليهم تحقيقها وسير الطلق كان
فيه تعوق بحيث ان الوجع استمر سبعة ايام مع الانقباض القوي ولم ينفخ العنق
الا يسيرا جدا مع انه كان رخوا وقابلا للتوسع واعترف ديرزموس الذي
كنت دعوته لرؤية هذا الامر الغريب بانه لم يشاهد مثل هذه الحالة وظن
كل من انانه يلزم بواسطة الوضع المناسب وفعل اليد ان يجتهد في توجيه الرأس
لمركز المضيق العلوي بان يرتق من اسفل الى اعلى ومن الامام الى الخلف من فوق
العانة فشرعت في هذا العمل في نصف الساعة التاسعة من الزوال واستدمت
ذلك متعاقبا مع كثير من التلامذة الا ان تمت الساعة تسعة فمستد ذلك زال
الانتفاخ الذي كان امام العانة واخذ الطلق في السير السريع حتى ولد الجنين
وانتهى التخليص في اقل من ساعة ويظهر ان الطبيب بروكا شاهد مثل
ذلك ايضا فانه قال في مشاهدته ان قرة الرأس كانت من الامام واعلى العانة
وكانت القمعدوة ملتزمة الى اليسار والوجه الى اليمين

والظاهر ان مثل هذه الحالة يتعلق اولاً بالانحراف الخلفي للرحم وثانياً
بالانحراف المفرط للمضيق العلوي وثالثاً ببعض الاوضاع الزايفة لرأس الجنين

او يمكن ان يكون ذلك من سحوة جدران الرحم وعدم تساوى كثافة تلك الجدران
والمناسب ان ينسب لهذا التغيير الموضعي اى تغيير الرحم موضعه الاوضاع
التي سمتها القابلة لتسهيل بالاوضاع اعلى العانة

(المهم الثالث)
(فى كلام مختصر فى الزوغانات)

يمكن ان يقال ان الانحراف المقدم للرحم هو الذى وحده يستدعى بعض
اقتباهاات مدة الطلق فاذا وجد لم يدخل الجنين الابعسر والعضلات البطنية
المقوسة جدا يكون انقباضها ضعيفا فاذا تيسر الحال وادخل رأس الجنين
فى التقعر برارتفت الفوهة الى الخلف واما جدارها المقدم الذى رقت وتدد
فيغلف الرأس كدرقية وينزل الى اسفل المضيق

وهذه الهيئة قد يغلط ويرتبك فيها المبتدىء بحيث يظن بسببها ان الاتساع
تام فى بعض الاحوال مع انه يكاد ان لا يكون ابتدا فيها وكثيرا ما لا يجد العنق
اصلا فيظن امورا مخالفة للعادة قال المؤلف وسأذكر لك شاهدا على ما ذكرت
وذلك ان شابا من اخواني مارس الاعمال فى المدينة منذ ثلاث سنوات فكتب
لى مانصه قد مكنت هذه الليلة الماضية بقرب امرأة فلان لاجل الولادة بحيث
ظهر لى ان الطلق سائر بانتظام غير انى لم اجد فوهة الرحم اصلا فاني ذهبت
بالاصبع نحو الزاوية المحزبة الفقرية ثم للجانب الحفر الحرقفية ثم الى امام
العانة ثم الى خلفها فنى جميع تلك الجهات اجد حاجزا مسدودا متكونا من
الطرف العلوى للمهبل ولم اعثر على العنق فكيف ذلك وماذا اصنع انتهى واقول
انما كان ذلك لان الفوهة كانت ماثلة الى الخلف والاعلى على الورم بحيث
انه يلزم للوصول لها ان تقال الاصبع على هيئة كلاب ويذهب بها الى الامام
بالسكينة وكما وجدت هذه الحالة الكثيرة الوقوع اجد سير الطلق فيها بطيئا
الى نهاية الزمن الاول ثم يكون قويا شديدا ولا يستدعى وسائل مخصوصة
وكثيرا ما وجدت الفوهة ماثلة الى الخلف او الجانب بحيث ان مسطحها يقرب
لان يوازي محور جسم المرأة مع كون الباقي من الرحم يكاد ان لا يكون فيه

زوغان ويقرب للعقل ان الاسباب التي تعين على هذا الانحراف هي افراط
اتساع الحوض وزيادة انحراف مضيقه العلوى والاضاع القمعدوية ونسب
ذلك بعضهم لزيادة تساوية العجزية التقرية لا غير وهو غلط فان باللمس
يستشعر تارة اسفل التقعير وتارة اعلاه قليلا بورم يكون غالبا جيد الانتظام
وهو مكون من رأس الجنين الذي يغطيه الجدار المقدم للعنق الرحمي المتوتر
المستطيل جدا وهذه الحالة تبطئ سير الولادة بطننا خصوصا كما قلنا وتطابق
غالبها ما يسمى بوجع الكليتين ويخشى فيها من تمزق العنق الذي ذكرناه سابقا
اي تمزقه بانفصاله عن الجسم بحيث يمر الجنين من الجرح الناتج من ذلك ويمكن
ايضا اذا كان الطبيب غير ماهر ان يظن هذا الورم حبيب المياه اعنى القرن
او ان يمسه بحيث ينفذ الولادة طائنا انه الرأس خالصا

وحذاق المؤلفين حتى بدولوك ذكروا لعلاج هذه الحالة ان تنسبك الفتحة
في اصبع او اصبعين وتخفض نحو مركز الحوض في قترات الاوجاع وتحفظ هكذا
مدة الانتقباضات او يعمل بدل ذلك عملية الشق الرحمي المهبلي فانها واسطة
وحيدة للتخدر من حصول الغنغرينا او تمزق الرحم او غير ذلك * قال المؤلف
واذا نظرت الى تجربتي وما تمسك به سميلي من ان انحرافات العنق الى الخلف
لا تستدعي عملية التحويل ولا الاتساع الذي امر به دوقة تيرحملي ذلك على ظن
ان الصناعة هنا يندرا لاحتياج لها بل كثيرا ما تجعل فقد المرأة او جنينها
ولقد مكنت مدة طويلة مقتنيا الوصايا المذكورة في الكتب فكنت احيانا
ارى منها نجا حالكن الغالب ان لا يحصل ذلك الا بعد ان تطول مدة اقامتي
ساعات كثيرة قرب المرأة الى ان اتفق لي مرة في وضعت تليدا مكاني مع امرأة
فاهمل الاشياء اللازمة التي امرت بها وغبت عنه نحو ثلاث ساعات ورجعت
فوجدت العنق متسعا تساعا ما و ان قرن انكسر ودخل الرأس بقوة فن
ذلك الزمن ما فعلت شيئا في مثل تلك الحالة وتركته الى بنية المرأة
اي طبيعتها التي ترجع الاشياء الى اوضاعها الطبيعية وانما المهم حينئذ
ان لا تعرض المرأة على فعل حركات عنيفة و ينتظر مع الصبر ان الرحم

بالانقباضها البطيئ توصل العنق الى طرف الورم وتظهر رأس الجنين على الدخول فيه

(المطلب العاشر)

(الاثرا البطنية اى مواضع التحام الجروح)

التحيدات العظمية والامراض الحادة لا تكون سببا لعسر الولادة الا يكونها غالباً تمنع المرأة عن ان تفعل حركاتها العنيفة التي يستدعيها الوضع الامع الخطر غير ان هناك سببا آخر للعسر عظيم الاهتمام لم يذكره احد من المؤلفين وهو ما ذكرناه في الترجمة وشاهده ان امرأة قوية سنهائس واربعون سنة دخلت في طلق اول حمل لها ومكثت فيه مدة اربعين ساعة فدعى المولف لها من طبيب آخر فرأى ان مجي الجنين جيد والرأس شاغل للتقير من منذ ثنتي عشرة ساعة بدون ان يتقدم مع ان الانقباضات الزهيمية كانت قوية جدا ثم تأمل فوجد جلد مقدم الفخذين والبطن مغطى كله باثر التحام قديمة صلبة لينة فكان ذلك كطبام للجزء السفلى من الخشلة بحيث صارت الرحم كأنها محتقة من اعلى العانة حالا ولم يمكن ان ينزل الجنين فوضع هذا الجراح جفت الولادة فخرج الجنين حيا

(المبحث الثاني)

(فى عسر الولادة الا تى من قبل الجنين)

(المطلب الاول)

(فى العسر الحاصل من زيادة حجم الجنين)

قال الطبيب دوچيس لاشك ان القامة العظيمة للجنين تصير الولادة ابطا واجع واشق سيما اذا كانت المحال التي يمر منها قليلة الارتخاء والافتتاح كفى تكون فى الطلق الاول وكذلك لم يثبت الى الآن ان الابعاد اى الاقطار الكبيرة المناسبة لجسم الجنين التام الا شهر يحصل منها وحدها مانع للولادة الذاتية فاذا كان بولدولك وشوسيبه وغيرهما شاهدوا اجنة وزنها عقب الولادة كان نحو ثلاثة عشر رطلا قد شوهد الآن ايضا من بلغ وزنه خمسة عشر وعشرين

وخمسة وعشرين وطوله من اثنين وعشرين قيراطا الى ثلاثة وعشرين
 ومن المؤكد ان الجنين الذي طوله انسان وعشرون قيراطا لا يبلغ قطرا رأسه
 القمعدوى القمى والجدارى المزوج اربعة قرايط ولذلك كانت الولادة
 الذاتية حيثئذ ممكنة وان كان حجم الجنين عظيما ولنفيه على ان ادنى تضاييق
 في التجويف الحوضي حيثئذ وسما مضيقه المحجاني يكون سببا لعسر الولادة
 واذا كان حقا كما ظنه بعضهم ان عظام الجمجمة تكون اصلب اذالم تنصر المرأة
 حاملا لا ابعد ثلاثين سنة وان رؤس الصبيان اكبر من رؤس البنات بحجزة
 من ثمانية وعشرين جزأ كان من اللازم اذذاك ان الولادة تكون اعسر قليلا
 وان اكثر من يموت من الاجنة يكون من الذكور مما هو غير مقبول الا ان
 ما كانوا يظنونونه من ان الاجنة ذوات العنق القصير تنعسر في النزول اكثر من
 غيرها وان الجنين يمتدق اذا صار عنقه بين ذراعيه او تخذه وان وقوف
 المنكبين في المضيق العلوي يكون سببا لعسر الولادة وان الجنين يمتدق
 اذا ضاقت عنق الرحم عليه ثم قد يصير الجنين الولادة عسرة او غير ممكنة بكيفية
 اخرى فقد اتفق في مشاهدة دورك ان الجنين اكتسب صلابة وتباعدت
 اغشيته عن بعضها بحيث لو بقي الى تمام اشهره لم يمكنه المرور يقينا من
 المسالك الاعيادية ومثل ذلك الامفيزيا العامة فانها قد تعظم بحيث تعطى
 صلابة لمنسوجات الجنين الميت في مدة الطلق ويرى حجمه بعد استخراج
 مزدوجا ومثلث القدر

ففي مثل الحالة تكون عملية التحويل بالقدمين واسطة ضعيفة لان الرأس
 اذا جاء اولافن اقصر اقطاره ومحيطه توافق دائما في الاتجاه اعظم اقطار
 الحوض فاذا استخرج الجنين بالقدمين كان الغالب ان تقهر القمعدوى على
 الانقلاب كثيرا او قليلا فتحو الظاهر ويقهر القطر القمعدوى الجبهي الذي
 في هذه الحالة يقرب طوله من خمسة قرايط على ان يأخذ محل القطر القمعدوى
 القمى فالاولى اذن ان يسلم الحال للبنية والطبيعة ويسدل التحويل بوضع
 جفت الولادة اذا احتيج اليه واذا كان الطرف الحوضي هو الذي جاء أولا

او حصل التفتيش عليه يجتهد في ان لا يتقلب احدى الذراعين خلف العنق
ويندران يحصل تعسر في الولادة من الجنين المشوه التركب انما كان وحيدا
والارتشاحات في الاغشية المحللة للجمجمة والاورام الدموية تزيد احيانا
في حجم رأس الجنين ولكن يندران تكون عاتقا لخروجه وشاهد هرنيران
الارتشاحات ونحوها اذا كانت احيانا عظيمة بحيث تستدعي انتباه الطبيب
فانما ذلك لكونها يبدخولها في فراغ القوس العاني تعارض احيانا حركة
الاستدارة التي يلزم ان يفعلها الرأس ليخرج من المضيق السفلي

(المطلب الثاني)

(الاستسقاء في الجنين)

النوع الاول الاستسقاء المخي وهو سبب لعسر الولادة أكد وخصوصا اتقل
من السابق وعلاماته ان الاصبع تلمس بورم عريض متوتر وتكون العظام
متباعدة جدا عن بعضها ومتحركة واليوافخ عظيمة الابعاد اى الاقطار والعظام
السهمية تكون احيانا عريضة موضوعة في وسط مسافة غشائية واما
ارتشاح اطراف الام وختلها مدة الحمل والاستسقاء البطني والامنيوسى
والاوذيما العامة والمزاج اللينفاوى وبقيية العلامات التي استخرجوها من حجم
رأس الام ولسانها ووجهها فانما هي ظنون وتخمين غير كافية في التشخيص
الصحيح وينبغي الاحتراس من ان يغش بالقصد العارضى للعظم اويسافوخ
اوبدروز غير اعتيادية اوبلين عظيم في العظام وليتذكر ان الاستسقاء المخي مدة
الحياة داخل الرحم يكون نادرا بحيث انه على ما قالته لنسبيل لم يشاهد
في ٣٥٥٥ ٤ ولادة الا ١٥ مرة

ولاجل معرفة اخطار هذا النوع المعسر للولادة لا بأس ان يعرف ان المادة
المصلية قد تتراكم في الجمجمة بكميات مختلفة وانه اذا كان الرأس رخوا اولم تزد
اقطاره زيادة كبيرة كفت قوى المرأة وتوحد غالبا لان دافعه فان كان حجمه
غير زائد والرحم مهددة بالانحدار يستعمل جفت الولادة مع الانتباه لان يكون
الضغط به بطيئا معتدلا حتى لا يكسر ولا تنفث الآلة فان كان الجنين ميتا

او كان الرأس غليظا بحيث يعسر ان يمر من المضيق كان آخر الوسائط المضطر
لاستهمالها هو شق الجمجمة ومع ذلك يلزم ان نقول ان هذه العملية هنا
كانت موضوعا لمسئلة مهمة عند الممارسين فاذا تحقق انقطاع حياة الجنين
كانت العملية مجعاعليها اما اذا كان حيا ثقيل لا يسامح في اهلاكه بل الاحسن
فعل العملية القيصرية او الشق العاني وقيل لاحاجة لذلك فلا يكون الجنين
سببا في قتل امه سيما والاحنة المصابون باستسقاء المخ يموتون بعد قليل من
ولادتهم فيكون من الامور المضادة للبشرية ان تقتل امرأة سليمة جيدة الصحة
لاجل كائنها بقاء وجوده غير ثابت قال المؤلف وهذا على رأى صحيح لانه اذا ثبت
كما قال دو جيس ان الدرجة الخفيفة من استسقاء المخ لا توصل لموت الجنين
يقينا ولا تمنع دائما حيويته ويمكن انالة شفاؤها احيانا يكون من الحق ايضا
ان الرأس حينئذ ليس كبيرا لجم حتى يستدعى العملية وانه في الاحوال التي
يكون الداء فيها متقدما بحيث يصير الولادة غير ممكنة لا ينبغي مراعاة قابلية
الجنين للحياة لكن يقال باى كيفية يستفرغ السائل هل بمقراض سميل
او بشاقبة الجمجمة لاستين او بمشرط اعتيادي او الاحسن من ذلك كله
على رأى مجري رود وجيس باذلة ولا ترى في هذه الاخيرة خطرا فان عملية
البط فعلت بعد الولادة وحصل منها نجاح وانه لا منفعة لتعزيق عريض لاجل
اعطاء منفذ للمادة المصلية التي في المخ تخرج منه وانما نقول اذا لم يستفرغ
سائل الرأس من فتحة صغيرة كافية لسهولة خروجه فلا بأس ان يغمس
في الجمجمة احده هذه الآلات المذكورة

وبعد شق الرأس تكفي الانقباضات الرحمية غالبالانتهاء الولادة فان لم يكف ذلك
استعمل جفت الولادة او عملية التحويل او الكلاب

النوع الثاني استسقاء السلسلة الفقرية قال المؤلف لا اعلم فيما شاهدته ان
استسقاء السلسلة منع انتهاء الولادة ونهايته انه داء خطر للجنين واذا لاشئ
اسهل من استقراغ الورم بان تغمس فيه باذلة اذا ظم رانه مشوش اسير اطلق
النوع الثالث الاستسقاء البطني والاستسقاء الصدري قد يكون هذا

الاستسقاء عظيما بحيث يعارض خروج الجنين وعند مرسوم ليس له طريقة
الابطه وله امثلة في ذلك وقال لوموين يمكن ان يستخرج الجنين بدون ان
تعمل له عملية البط غير ان امثله في ذلك قليلة ولكن نقول اذا كان السائل
نحو رطلين حصلت الولادة ولا بد بدون احتياجه لشيء اما اذا كان البريتون حاويا
لمقدار كبير كما شوهد من اربعة وعشرين رطلا الى ثلاثين مثلاً فان عملية البط
تكون لازمة وليحذر عما اوصى به بعضهم من التزيق والشرمطة والتقب
بالاصبع في السرة او ما حولها لانه يكتفى دائما ان يعمل بط بسيط بالبادلة
او المشروط يتجه بايهما كان للبطن او يتقد بهما في الحجاب الحاجز

(المطلب الثالث)
(في اورام مختلفة في الجنين)

مما يستدعي احتراسات مخصوصة بل قد يصير الولادة غير ممنة وجود اورام
في الجنين صلبة نامية في بعض محال من الجسم وهذه الاحوال مغمة جدا
لكونه لا يمكن في الغالب الوقوف على حقيقة الحال قبل انتهاء الطلق في مثال
نيويركان في الجنين نتوصل بارز جدا كأنه واقف اعلى العاتين فوضع
جفت الولادة فلم ينفع فالتزم الجراح استفراغ الرأس ومع ذلك لم يمكن استخراج
الجنين بواسطة الكلاب الحادة والجنديبات القوية ففي تلك الحالة ماذا ينظرون
في طبيعة هذا المانع حتى لو عرف ماذا يفعل هل هناك منفعة لعملية التحويل
وهل ينفع الضغط على الجزء السفلي من الخلة ككل ذلك امر يتخيره
ولا يوضحه الا التجربة ومن امثلة تلك الاورام ورم قدر الرأس مرتين موضوع
في طرف العجز بحيث صير الولادة عسرة ومنها ايضا ورم في القفا كأنه رأس
ثانية وورم آخر في العنق في حجم الرأس ومنها في حلق جدران البطن كيس كبير
وقف الطلق زمنا طويلا والتزم الجراح المشاهدة ببطه بالبادلة وشوهد مرة
اخرى ورم امام العانة يحتوى على نحو اربعة وعشرين رطلا وانتهى الحال
بمزقه بدون ان يقطع حياة الجنين

(المطلب الرابع)
(في تضاعف الاجنة)

وجود اجنة كثيرة في الرحم في زمن واحد بعد ان يكون دائما سببا لعسر
الولادة اذا كان كل منها غير متعلق بالآخر وله جيب امينوسي منفصل عن
غيره بخلاف ما اذا كانت الاجنة محبوسة في كيس غشائي واحدا والتصقت
ببعضها بحيث قهرت على الجبي مع المضيق الحوض فانه يحصل منها عسر
ومثل ذلك ايضا ما اذا كانت الاجنة منفصلة عن بعضها وجاء احدها
للمضيقين بالعرض والغالب ان يحصل ذلك في الجنين الاخير والكلام هنا
منحصر في مهمات

(المهم الاول)
(في الاجنة التوائم المشوهة التكون)

انضمام الاجنة قد يكون على درجات واشكال كثيرة الاختلاف فتارة
يكون الالتصاق بجزء محدود من اسفل الجسم او وسطه او اعلاه وتارة يكون
بمعظم الظهر بل كله او باحد الجانبين او بالمسطح المقدم وتارة يلتصقان
برأسيهما او بالمعدة وفي بعض الاحيان يكون الاختلاط اتم من ذلك فيوجد
جذع واحد لرأسين وذراعين او اربعة اذرعة وذلك هو الكثير الوجود
وقد يوجد العكس اي رأس واحد لجذعين واطراف منفصلة وذلك
نادر وشوهه من كان جذعه عظيم الحجم جدا واطرافه كأنها في ابتداء نشأتها
ففي مثل تلك الاحوال ربما حصل تعسر في الولادة من زيادة حجم الرأس
او الجذع

واما التشوهات التي تؤخذ من بعض المشاهدات كالذي يكون له خرطوم
كخرطوم الفيل او الفأد لعظام سقف الجمجمة او الذي مشبته مندغمة
في جبهته مع فقد معظم ذلك القسم او ذى الانف الذي على هيئة منقار الدرة
وذى الزائدة المعلقة في الجبهة على هيئة قضيب فلا يحصل منها تعسر
في الولادة

فاذا كان التويمان منضمين بالبطن او بمقدم الصدر بواسطة لحام كما شوهه
ذلك مرارا فان التعسر قد يصير عظيما وان كان كثيرا ما ينزلان بدون استعانة

بشيء كما شوهد ذلك سيما في البنيتين المذكورتين في مشاهدة الطبيب برى
فانه ما عاشتا ثلاث سنين واصيبتا معا بالجدري واعطى مسهل لاحدهما
فحصل الاسهال لهما معا ولما دنى اجلهما ماتا معا في آن واحد والتوءمان
الملتصقان باظهرهما وبجائتيهما قد ولدان احياهما بدون تعسر زائد
وعلامات هذه التشوهات مبهمة بحيث لا يمكن تأكيد وجودها
بل ولا كونها قريبة للعقل الا اذا نزل الى الخارج بعض اجزاء من جنين
فاذا كان الجنين مزدوجا برأس واحد وجاء بالقحف او بالقدمين وكان حوض
المرأة جيد التكون لم تستدع الولادة استعانة مخصوصة ومثل ذلك جنينان
موضوع احدهما على طرف الآخر سواء المقعدة او الرأس كما ثبت ذلك
من مشاهدات كثيرة وسبب مشاهدة دوجيس التي كان الازدواج فيها تاما
ونمت اشهرهما وعظم حجمهما وولدا بدون استعانة بشيء وافق ايضا
في مشاهدات اخوان المشوهين كانوا صغيرا الحجم جدا وصارت ولادتهم
عسرة سيما عند ارادة اخراجهم احيا

فلو كان هناك رأسان بلذع واحد فان جاء الذي من الامام اولا جازان يتبعه
الثاني بدون تعسر فانه يدفع احدهما الاخر فيخرجان من الفرج اسهل
مما لو كان المولود جنينا واحدا فقد ذكر حرافيس قومين برأسين وجدعين
وخرجان ذاتهما بدون تكلف فان كل واحد رأى المشوه على العجز وكان
مستسقيما كما شاهد ذلك الطبيب بوه كان استخراج شافا في بعض الاحوال
وقد ينضم التوءمان بحوضيهما بحيث تكون الاطراف البطنية موضوعة
في البطن بالعرض فهذا يحصل منه تعسر ايضا فاذا جاء مزدوج الرأس
بالقدمين نزل الرأس الخلفي في التقعر اولا والاخر يبقى اعلى العانة ثم ينزل
بعد ذلك ويصير باقى الولادة اسهل مما كان في الحالة السابقة وقد بدأ في الرأسان
بحالة اخرى فينقب احدهما على الزاوية العجزية القفوية او على اعلى العانة
ولا تحصل ثمرة لامرأة من حر كاتها العنيفة فتضطر للطبيب المولد ليستعمل
وسائله ولكن قبل ان يعمل شيئا ينبغي ان يسأل هل الجنين المشوه ميت او حي

فان كان حيا فقول يقع التأثير على المرأة او عليه فاننا نعلم ان الجنين المزدوج
اذا الرأسين يمكن ان يعيش وينمو خارجا عن بطن امه وان كثيرا من هذا النوع
من عاشر الى سبع سنين وعشر وعشرين بل والى سن اكبر من ذلك بل ذكروا
ايضا ان الاجنة التي لا تخ لها قد تولد احياء وان لم تطل مدة حياتها الا بعض
ساعات الى عشرين ساعة ونحن انما نتمسك بان مثل هؤلاء الكائنات
وان كما نوافي بالضرورة مستعدين للحياة الا اننا لانعاملهم بالاحتراسات
والاقتباها كما نعامل غيرهم لان حياتهم لا يقال لها ثمانية بحيث انه لحفظ
عدد قليل منهم نعمل في الام عملية من اخطرها هلك ما يكون وان كان يتفق
في بعض الاحيان ان يقات الجنين بالعملية القيصرية ولا تقتل الام لكن من
المعلوم لكل احد انه يفقد بها نصف النساء اللاتي تعمل لهن وان معظم الاجنة
لم يلبثوا قليلا حتى يهلكوا من انفسهم فاذا خيرا بين الشق الرحى وقتل
الجنين المشوه فقتل الجنين حالا بدون توقف ولكن من السعدان الطبيب
الماهر المولد لا يضطر دائما لتوارد هذين الشئين المعين على خاطره وانما
بالاعمال المنتظمة اما باليد او بجفت الولادة او بالرافعة يصل غالبا بل دائما
لتخلص المرأة من الطرق الاعتيادية بدون ان يؤذى الجنين

وعملية التحويل بالقدمين سواء كان الجنين مزدوج جميع الاعضاء او مزدوج
الدماغ فقط وسواء كان حيا او ميتا وفي اى زمن كان من ازمته تكن اقله في تسعة
من عشرة اذ لم يكن هناك سبب آخر للتعسير فينبغي فعلها في جميع الاحوال
فان في حالة ازدواج الرأس دفع الطبيب بوه الرأس الذي نزل اولاً وقطع على
القدمين ثم خلع الرأسين بعد ذلك بدون زيادة تعب ومع ذلك اذا انفجر احد
الرأسين بقوة اولاً ويجب ان لا يمكن دفعه بصرح ان يجرب وضع الجفت فان لم يكن
ذلك فآخر الوسائط ان ترفع الاجزاء النازلة في التقعير اعنى الرأس وحده
الرأس والذراعين ثم يفتش على القدمين لينتهى العمل بعملية التحويل

(المهم الثاني)

(في الجنين المنعزلين عن بعضهما)

اذا كان التوءمان خالصين وكل منهما في جيب مخصوص كما يشاهد ذلك
 في معظم الاحوال فانهم ايقوان منفصلين بدون ان يعوق سير الطلق وانما قد
 يكون احيانا بينهما في المهبي مدة طويلة فيخرج الثاني بعد الاول يومين
 او ثلاثة الى عشرة والغالب حيث ان الاول يتدفع بدون وجع او بوجع يسير
 ثم بعد ولادته ينقطع الطلق لان الثاني كثيرا ما يكون حيث يندفع موضوعا
 بالعرض او في وضع معيب فاذا ابطأ نزول الثاني لم يلزم التفطيش عليه وانما تنتظر
 انقباضات الرحم الا اذا كان هناك ما يستدعي التفطيش فاذا سار الامر بانتظام
 كان الاحسن تهرىض الانقباضات بالوسائط المعروفة فاذا ابطأ تخليص
 المرأة بذلك لم تكابد منه الا قليل الم ولم يجس عليها ولا على جنينها عظيم خطر
 فاذا جاء الجنينان معا الى المضيق احتج لتوسط الصناعة في معظم الاحوال
 فلو استمر بجمل الرأسين لدخولهما معا في المضيق وذلك نادر جدا كان
 المناسب دفع اكرهما قهرا الى الداخل بالاصابع ليقتدم الآخر الى الامام
 ويفعل مثل ذلك ايضا في المهبي بالقدمين او الركبتين او المقعدة فاذا ركب احد
 الجنينين على الآخر اوجاه بالعرض او بـ ~~كيفية~~ اخرى غير الرأس والحوض
 استعملت عملية التحويل اما اذا جاء احدهما بالرأس والاخر بالقدمين فلن
 الذقن لهذا الاخير بوصولها للمضيق العلوي يعلق في ذقن الآخر وينتهي
 حال الرأسين بان يقيادون حركة ويتعارضان بمقاومة لا تقهر فيقوم من
 ذلك حالة من الاحوال المعينة للعمل فيحتدل لا يصح في الحقيقة فصل عملية
 التحويل ولا وضع جفت الولادة والعملية القيصرية التي اوصى بها بعض
 المؤلفين لا تسمح دائما بتخليص الجنينين بحيث ان فصل رأس الجنين الذي
 في الخارج عن جذعه هو الوسيلة الوحيدة لاسعاف الام وواحد جنينيه
 ومع ذلك عندنا امثلة لنجاح ما يخالف ذلك من الاعمال بل بواسطة البنية
 وحدها وذلك كجراح انه نجح معه وضع جفت الولادة على اول رأس نزل

(المطلب الخامس)

(في التهرىض الحاصل من الاوضاع المعيبة)

قد شاهدنا فيما سبق ان وجود احد طرفي القطر الرأسي العصصى للبنيين
في المضيق العلوي يكون احد الشروط الاوائل لسهولة الولادة واما الاحوال
التي يجي فيها غير الرأس والحوض فتعتمد من احوال عصر الولادة ولتضم لذلك
الاضاع الزايغة للرأس والمقدمة ونحصر الكلام هنا في ثلاث مهمات

(المهم الاول)

(الاضاع الزايغة للرأس)

يدخل تحت ذلك اوضاع جانبي الرأس واضاع الاذنين واضاع الصدغين
التي قال بها جملة من المؤلفين وكذا اوضاع القعدة اذا كانت توجد حقيقة
كفهم ذلك بودلوك واما اوضاع الجبهة والوجه فانها لما لم تمنع في الغالب انتهاء
الولادة بدون استعانة بالصناعة لم يلزم الكلام عليها هنا

فاوضاع القعدة وادى الجزء العلوي من القفص نادرة ولا تحصل الا اذا كان
الحوض معيبا او حصل للرحم انحراف مقدم واضح جدا فالقمة حينئذ
قد تلتفت نحو جزم من اجزاء محيط الحوض بدل ان تجاور ~~مركز~~ المضيق
فاذا لم يكف قاب الرحم الى الخلف والزام المرأة باستلقاءها على ظهرها او لم يكف
فصل البنية وحده لا عادة الوضع الطبيعي ينبغي بواسطة الاصابع او الرافعة
واحدى ملققي الجفت ان يعلى الجزء العلوي من الجمجمة ويختض نحو الجزء
المركزي للتعريف بذلك تحصل الولادة كما في الاحوال الطبيعية

ولما كانت الاوضاع الجانبية للرأس هي اوضاع القمة نفسها غير ان فيما قليل
تتووع كان عددها مثل عددها وتعرف بوجود الاذن او زاوية الفك او الحذبة
الجدارية وتميز عن بعضها باعتبار جزء المضيق الذي تلتفت له الحافة الخلفية
لصيوان الاذن ولشحمته ومع ذلك هي نادرة وتنتهي في الغالب بان تتحول
بنفسها الى الاوضاع الموافقة للقمة او للكتف

وينبغي بمقتضى ذلك ان تنسب للحركات القوية للرحم حينما يكون اتساع عنقها
غير كاف وبعد ذلك اذا دامت ينبغي كافي اوضاع القعدة وان يجرب توصيل
القمة الى المركز بمساعدة الاصابع او الرافعة او فرع من فرعي الجفت او تعمل

عملية القلب اذا كان المنكب هو المتقدم جدا

(المهم الثاني)

(الاضاع الزايغة للمقعدة)

الحوض كقمة الرأس قد ينحني كثيرا وقليل بالجهة من الجهات ويتولد من ذلك ما سماه المؤلفون بوضع الحرقفة والعجز ومقدم الفخذين واعضاء التناسل وذلك ينتج احيانا من انحراف الجنين الغير المناسب مع المحور القائم للرحم واحيانا وهو الغالب من الانحرافات الرحمية وهذه الاوضاع الزايغة للمقعدة لا تكون دائما مانعا للولادة الذاتية فانها قد تتحول في الغالب الى وضع مستقيم بحيث اذا كان سير الطلق منتظما كان من النادر الاحتياج لوسائط الصناعة ومع ذلك لا ينبغي خوفا من العمل بدون لزوم ان تترك هذه العوارض او هذه الآلام ونفسها مع انه يسهل التحرس منها او تخفيفها بفعل منتظم فإدام القرون غير منفجر ينبغي ان يكتب في تقرير الرحم حسب الامكان لموضعه الطبيعي سواء يدفعه باليد لمحو المضيق او بالزام المرأة بان تلازم الوضع المناسب لها اما اذا انفجر القرن ولم يتسع العنق وان كان رخوا لا يبطئ زائدا وكان المالكيتين شديدا وخنثى انحطاط القوى وظهور اى عارض كان لم يلزم المولد ان ينتظر زيادة عن ذلك فيجهد حيث تزد في ان يصل بالاصابع او بالرافعة نفسها الى الجزء الزايغ ان كان هو الحرقفة او العجز ويبلغه الى مركز الحوض او يقبض حالا على القدمين او الركبتين

(المهم الثالث)

(اوضاع الخدع)

من المعلوم الذي لا ينكر ان الخدع قد ياتي احيانا بالمضيق العلوى بنوع آخر غير الجبيء بالرأس او الحوض والمارسون في جميع الازمنة ذكروا ذلك وابتوه عندهم بمشاهدات كثيرة لكن من المحقق ان هذا الجبيء له اشكال مختلفة متضاعفة ذكرها المتأخرون ونقول اول انه لا يمكن حصول هذه الاوضاع المستعرة الحقيقية سواء قبل سيلان السائل الامنيويى او بعده اذا بلغ

الجنين تمام اشهره وكان تام النمو فانه يلزم على ذلك ان تزيد الاقطار الاقصية للرحم على القطر العمودي ولا يتأتى ذلك بل لو وجدت هذه الهيئة قبل ابتداء الطلق لم يمكن استمرار هامة انقباضات الرحم لان هذه الانقباضات يلزم ان تقهر رأس الجنين او مقعده على النزول لجهة عنق الرحم والمولفون الذين ذكروا تلك الاوضاع انما كان ذلك منهم على سبيل التخييل وبالجمله فالاولى المستعرضة لا وجود لها وما عليك لتأكيد ذلك الاتمعه المشاهدات الكثيرة التي بلغت آلافا عديدة من القابلة لتسبيل وغيرها فانه لم يذكر في هاتئ من تلك الاوضاع

وثانيا ان الذي المخط عليه رأى القابلة لتسبيل ان اوضاع القسم المقدم والقسم الخلفي لا تحصل اصلا واما اوضاع الجانبين فهي التي توجد فقط عند بعض المسقطين وتمسكت هذه القابلة ايضا بان اوضاع الوجه الظهري لا بد ان تحول من تأثير الانقباضات الرجمية الى اوضاع المنكب اذ الم ينتمى حالها بان تحول الى بعض اوضاع الرأس او الحوض وان اوضاع الوجه البطني تستدعي انقلاب المقعدوة والاطراف الحوضية اى الرجلين والسلسلة وذلك لا يتوافق مع حياة الجنين واما ما ذكر من المشاهدات في بعض المؤلفات دليلا على حصول تلك الاوضاع فغير قوية الدليل لانها عند التأمل تظهر مختلفة الاحوال لكن قال المؤلف اما اننا فاطن ان الظاهر والمسطح المقدم للجنين قد يجيئان للمضيق لعلوى وان هذه الاوضاع شوهدت لكن على سبيل الندرة وتختلف قليلا عن اوضاع الجانب بحيث لا نستدعي الا بعض تنوعات قليلة في الاعمال المخصوصة بتلك الاوضاع الاخيرة

وذكر بودولوف انه ينبغي ان يميز في السطح الخلفي للجنين المقعدوة والقفا والظهر والقطن والوجه الخلفي للحوض وان كلام من المسطح المقدم والمسطحين الجانبين يستدعي هذا التقسيم نفسه ولكن لا فائدة في اتفاقنا على ان الجنين قد يجيئ بتلك الاجزاء اذ لا شئ تستدعيه في الممارسات وانما غاية تعاب الحافظة وسأمة التلامذة مع ان جودة الذوق ومشاهداته دائمة ولتسبيل ثبت ان القفا

لا يمكن حفظه في المضيق العلوى وانما يبدل سالبا بالرأس او المنكب وان اوضاع
الحرقفة والقطن تحول يقينا الى وضع مستقيم او منحني للمقعدة
وزعمت القابلة لتسهيل ان الانقباضات الرحية لا يتأتى معها بقاء مقدم
الرقبة في القووه وانما تدفع اليها الوجه بسهولة عظيمة * قال المؤلف وليس
عندى ما يصاد ذلك الامشاهدة لدولاموت وربما انغش في ذلك باللمس كثير
من الممارسين ومع ذلك حيث كانت المقعدة منقلبة جدا الى الخلف يمكن
ان تستند الذقن على جزء من اجزاء دائرة الحوض فيقهر الجزء المقدم من الصدر
والرقبة على ان يثبت على القووه مع كون المقعدة الحافظة لها وارتها الطبيعية
للاطراف البطنية باقية في قعر الرحم وبالجمله فعندنا ما يقوى امكان حصول
اوضاع الظهر والوجه المقدم للصدر

واما الهجي بالجوانب فلا شك في كثرة حضوره بجانب الرقبة يتكون من كل منها
تقویر عميق بين المنكب والرأس بحيث لا يكون هناك ممر لاحدهذين الجزئين
وجانب الصدر الذى هو اقل استدارة وانزلا فامن ومائة المنكب لا يمكن ان يمنع
المنكب عن الدخول في عنق الرحم والهجي بانخلاصرتين يحدث عنه وضع
حرقى او مقعدى

والاسباب التى ينسب لها في زمننا هذا تلك الاوضاع المعيبة هى انحراف
الرحم او مضيق الحوض والحركات العنيفة الغير المنتظمة للجنين وبعض
الاوضاع والتهيئات المستطيلة للمرأة

قال بقراط الجنين في الرحم يشبه زيتونة او سداة محبوبة في زجاجة طويلة
العنق ولاجل خروجه من اعضاء التناسل يلزم ان يجيى باحد طرفى قطره
الكبير وما عدا ذلك من الاوضاع فخطر يصير الولادة غير ممكنة ويستدعى
استعانة الصناعة لكن تعقب المؤلفون بعده هذا الرأى فقالوا ان المقابلة التى
وضعها بقراط ليست صحيحة الا اذا بقى الجنين في الوضع الاعتيادى
اما في الاوضاع الاخره فلا يكون الجنين مشابها لشكل بيضاوى ولا مخروط
موضوع بالعرض او بانحراف فنادام الرأس منقلبا الى الجانب او الى الخلف

او الى الامام والمنكب او الصدر او الظهر مائل لان يدخل في القوهة كان الباقي من الجذع شاعلا في الغالب لاعمق ايضا وكان مجاورا لمحور الرحم القائم حينما تحصل الانقباضات التي فيها بعض قوة ولذلك ترى ان الاوضاع المستعرضة الحقيقية تقرب لان تكون غير ممكنة وان الرأس او المنكب او الالبتين تميل دائما لان تنحى نحو قعر الرحم

ثم انه لا شك ان استعمال الموليد قد يكون في الغالب لازما ضروريا اذا لم يكن الذي جاءه الرأس ولا الحوض ومن المحقق ايضا ان الطبيعة نفسها في كثير من الاحوال قد تقهر هذه التعسرات اذا تركت الولادة ونفثها وبنا ذلك في الممارسة على فرض ان اوضاع الجذع متى حصلت لم تتغير ابدامع ان الثابت بالمشاهدة كل يوم هو ان في مدة الطلق يمكن ان يأتي على التعاقب للقوهة جزاء مختلفة من الجنين وان كانت بعيدة عن بعضها وان اوضاع الظهر او المنكب يمكن ان تتحول الى اوضاع الرأس او المقعدة وان الاوضاع التي بحسب الظاهر تكون مضررة تبدل احيانا باوضاع طبيعية اذا كان عند الاطباء المولدين صبر على الانتظار ولم تحصل عوارض تستدعي المبادرة بسرعة التحويل

(المطلب السادس)

(في التحويل الذاتي)

الحركات التي تحصل بذاتها من الجنين في تجويف الرحم وسماها دائما بالتحويل الاختياري ذكرتها القابلة لتبديل ايضا بذكر خاص وكانت معروفة ايضا عند القدماء لكونهم اشاروا بان تفعل المرأة حينئذ بعض وثبات او تنوع اوضاعها لاجل ان يصل الرأس للمضيق العلوي وذكرها ايضا معظم المتأخرين فانهم عرفوا ان وضع الجنين الذي لم يزل محوبا في الامنبيوس يختلف كثيرا بحيث انه لاجل تعيينه يلزم ان تمرق الاغشية مع الاحتراس على ان يكون ذلك وقت كون الرأس مجاورا لمركز الحوض وحالة هذه الانقلابات وحركاتها المضافة كمية لم تزل غير جيدة المعرفة بحيث تستدعي الشرح هنا بايضاح

قال المؤلف واظن انه ينبغي ان يختار تقسيمها الى نوعين احدهما يحتوى على جميع الاحوال التى يغير فيها الجنين وضعه تغييرا حقيقيا وتسميها بالتحويل الذاتى وثانيهما تنسب له الامثلة التى فيها يأتى جزءه كان او لا بعيدا ويدخل فى المضيق بدون ان يحل محل الجزء الذى كان قبله فيكون الكلام هنا فى مهمين

(المهم الاول)

(فى التحويل الذاتى اى الذى يحصل بنفسه)

الجنين فى هذا النوع الاول يغير موضعه بالكلية فتارة يصعد الرأس وتنزل الاليتان وتارة بالعكس فتترك الاليتان مجاورة المضيق ويأتى الرأس ليدخل فيه فلذلك كان هناك صنفان احدهما ينسب للرأس ويسمى التحويل الرأسى الذاتى وثانيهما للعوض ويسمى التحويل الحوضى وزاد فيكبر على ذلك مجيئا بالقدمين تحول الى وضع الرأس وقد نسب لهذا النوع دأمان ولشيل الامور الواقعية التى شاهدها ولا يوجد الا فى الزمن الاول من الطاق اوبعد تمزق الاغشية بقليل

ثم ان هذا النوع كالمحصل غالبا عندما يكون ماء الامنيوس كثيرا والجنين قليل اللحم والرحم مخنبة جدا والحوض ردى التكون يشاهد ايضا احيانا فيما يخالف تلك الاحوال بالكلية وهو وان كان اسهل واكثر قبل تمزق القرن الا انه قد يشاهد ايضا بعده فقد اتفق ان امرأة دخلت ما رستان مدرسة الطب قبل الزوال بساعتين وكان اتساع العنق لم يرزل قليلا فجسم المؤلف فاستشعر بالمنكب الايسر فى الوضع الثانى واماميه القرن فلم تسال الا بعد الزوال بثلاث ساعات وكان مع المؤلف اربعة من مهرة التلامذة اكدوا ايضا ان الجنين جاء بالمنكب واما الاوجاع فلم تكن شديدة القوة ولا شديدة الكثرة ثم فى الساعة الثامنة بعد الزوال ذهب المنكب نحو الحفرة الحرقية اليسرى واحس المؤلف بالاذن مع السهولة فى الجهة اليمنى وفى الساعة الحادية عشر صار الصدغ قريبا من مركز القوهة بل فيها انقسمت وازادت قوة الانقباضات وانحى ثر عنق الرحم بالكلية وفى نصف الليل نزلت قهة الرأس حتى دخل الرأس كله

وما مضى

وما مضى نحو ساعة حتى اندفع الجنين بالوضع المقصود الى الحلق الايمن
فاذن لا يصح ان يقال كما قال مورسوس ان في وضع جانب الرأس يستحيل
ان ينزل الجنين بذلك

ففي هذه الحالة يظهر ان توضيح التحويل الذاتي سهل وذلك ان الرأس الذي
هو الاصلب والاعظم حجما والاكثر انتظاما في الاستدارة وبموجب يكون
هو الاكثر انزلا فاقبل طبيعة لان يقبض نحو واحد طرفي القطر الكبير للرحم
ونحو واحد الحوض فاذا اتخذ وضعها آخر من اى سبب كان انضغط بالعضو
الحاوي له اى الرحم فيرجع بسهولة شيئا فشيئا للمحل الذي يشغله في الحالة
الاعتيادية فاذا انقبضت الرحم وكان الجنين جيد الوضع انضغط من جميع
الجهات على حد سواء اما اذا كان في وضع زلق فان طرفيه يتحملان وحدهما
جميع القوى العنيفة للانقباضات فلولا المنكبي الذي هو بارز بحيث يقف
في المصيق لوصل الرأس او الحوض للقوة ولا جل التحرس من ذلك يلزم مع انه
غير ممكن ان يكون وسط الجنين مجاورا بالضبط لمركز الحوض حتى ان طرفاه
لا يكون احدهما اكثر استعدادا من الآخر للانزلاق نحو القعر او قوة الرحم
وايضا فان اختلاف شكل المقعدة عن الرأس يصير هذه الموازنة عبثة الحصول
جدا وبمساعدة هذه الحركة المضانكية التي تترأس في هذا التحويل توضع
ندرة الاوضاع المقدمة والخلفية للبدن وكثرة اوضاع المنكبين

(المهم الثاني)

(في التحويل الذاتي الحقيقي)

يوجد ايضا التحويل الحقيقي صنفان متميزان عن بعضهما احدهما للرأس
والثاني للحوض

(الصنف الاول)

(في التحويل الرأسي)

الرأس في هذا الصنف الاول يكون اولا بعيدا عن الدائرة الحوضية ثم ينزل بدون
ان يصعد الجزء الذي دخل اولا او يتخرج عن موضعه والامثلة التي اشتهرت

في ذلك صحيحة بحيث تحمل على اختيار عدها فاعوام تميزا عن غيره فان الممارسين
بعد ان تحققوا ان المنكب او اعلى القص ملائمة التقدير ووصل الى الفرج شاهدوا
ان الجذبات الحاصلة على الجنين او الحركات العنيفة الحاصلة من المرأة قدمت
الرأس حتى نزل شيئا فشيئا من الحوض مبتدئا من الرقبة الى القمة مع ضاء
الصدر في التقدير والامثلة من ذلك كثيرة منها مثلا ان الحكيم فثبت لا يشك
فيهما فينسبان لاوضاع المنكب احدهما شوهد فيه نزول الرأس وخروج
الوجه من الامام مع ان القابلة حينئذ كانت تجذب الذراع وتانيهما كانت
القابلة لا تعرف عملية التحويل فوصلت الرأس الى القوهة ولكنها هزفت العجان
بفعلها حركات عنيفة على الذراع والطبيب بزيارات اتفق له انه اراد من يدفع
المنكب فلم يقدر فحينما اخرج يده شاهد ان الرأس نزل ايضا من تأثير
الاتقباضات الرحمية وعندنا امثلة تشبيهة بذلك في الجبي وبالظهر ايضا وبالقص

(الصف الثاني)
(في التحويل الحوضي)

هذا الصف الذي هو الثاني من صنف التحويل الذاتي الحقيقي هو الاكثر
والاعظم اعتبارا من غيره وهو الذي لا يمنع المنكب فيه الثابت في التقدير
بل لوفى الفرج خروج الجنين بالحوض وقد اشتمل على كثر سيا في هذه الازمنة
الاخيرة لاستنباهه بالتحويل الذاتي وكيفية حصوله هي ما وضعه جلوت
واثبت بها ان الرأس والذراعين لا يصعدان الى اعلى في التحويل الذاتي حالة
كون الاليتين تنزلان الى اسفل كما ظنوا ذلك وانما الذي ثبت من التدقيق
في المشاهدات والتجربيات على الموتي امور * اولان المنكب يبتدأ في النزول
الى الفرج حتى ان جانب الرقبة والوجه العلوي للرقوة او الاخرم بآنيان ليرتكرا
على احد جانبي المضيق السفلي * وثانيا ان القفا او مقدم الرقبة مع اعلى الصدر
يمكن ان يفعل مثل ذلك اذا خرج الذراعان سواء من الامام او من الخلف
* وثالثا ان اتقباضات الرحم والعضلات المؤثرة حينئذ على الحوض الذي
هو الارفع والمتحرك وحده تمنع الرأس عن ان يصعد وانما تقهر الصدر على

ان ينثنى

ان ينثني وينزل بان ينسطح ويحيى المضيق السفلي ثم للفرج * ورابعاً ان الجنين
 متى كان منتصباً اندفع البطن بهذه الكيفية حتى يصل الى التقعر ثم الى الفرج
 مدة كون الصدر يأخذ في الانبساط كما خرج الى الخارج * وخامساً ان الاليتين
 التابعتين لتلك الحركة تدخلا ان يضاهيهما ذلك في تحييف الحوض باستنادهما
 على احد التقويرين الخبيين وانجهاهما من اعلى الى اسفل بحركة ارجوحية
 في المضيق السفلي وفي الفرج بعد ان يوترا او يضغطا بشدة على جانب العجان
 المقابل للجانب الذي كان المنكب والرقبة همل ارتكاز

ولاجل معرفة هذه الحركة المختلطة يمكن ان يفصل قضيب مرن سهل الانثناء
 احد طرفيه مثبت هلى احد جاتي التقعر او المضيقين واما الطرف الاخر
 فيثبت عليه بقوة فاذا صار احد طرفيه ثابتا غير متحرك انثني القضيب ولا بد
 من التأثير القوي الحاصل في الطرف الاخر فيصل جزؤه المذهب للفرج بحيث
 ينسطح هناك بالكيفية فجذع الجنين وخاصة انثناء سلسلته يحصل فيهما
 ما حصل في القضيب فالرأس والمنكب بمنزلة الطرف الثابت والحوض واحد
 الطرفتين هما الطرف الذي يلزم ان يكون محل القوة واما الاجزاء المتوسطة
 بين ذلك فانها تنبسط وتفرد وتخرج من الفرج وامثلة الخروج بالاليتين
 كثيرة وذكر بكونها عظيمة الاهتمام وهوان الجنين نزل منتصباً بالظهور
 الى التقعر واجتهد غاية الاجتهاد في عملية التحويل فلم تنفع ولم يتغير الوضع
 ثم اخذت الاقباضات الرحمة في الاشتداد حتى انها قدمت الحوض فشوهه
 خروج الاليتين والتفخيز على التوالي فهذا يدل ايضا على شئ آخر
 وهوان الهي بالمنكب ليس هو الذي يحصل فيه وحده التحويل الذاتي
 وهذا النوع من التحويل لا شك انه في الغالب يعهده موت الجنين وان الرخاوة
 الرمية وقابلية الانثناء التابعة لا تقطع الحياة في جميع الاعضاء تعين على
 حصول هذا النوع واما مدعوى بلونديل ان موت الجنين يلزم ان يكون مبدأ
 لهذه الظاهرة لا نتيجة لها فباطلة وكذلك زعم بوش ان التحويل الذاتي
 لا يحصل الا بعد تمزيق الأغشية وموت الجنين

(خاتمة)

(في اختصار اوضاع الجذع والعلاج اللازم لذلك)

نتج لنا ما سبق ومن المشاهدات الكثيرة اولا ان جميع اوضاع الجذع الغير القابلة لان تسبب لاوضاع المنكب او الظهر او الجزء المقدم من الصدر ينبغي ان تدخل في الاوضاع المنحرفة للمقعدة والرأس * ثانيا ان الهجيء بالمنكب ربما كان وحده هو الذي يستدعي اتباعها مخصوصا نظرا لكون الطبيعة تحول اليه معظم الاوضاع الاخرى * ثالثا ان الطفل لا يكون وضعه في الرحم تام الاستعراض اذ ربما جرى تحول اوضاع الاوضاع الى احسنها * رابعا ان هناك احوالا كثيرة لا يلزم فيها الاستعانة بالصناعة مع ان الجنين لم يأت فيها باحد طرفي قطره الكبير

والطرق العلاجية اللازمة اذا كان هناك وضع معيب تختلف باختلاف الاحوال فاذا لم تسلم المياه لم يفعل شيء وانما ينتظر اتساع عنق الرحم فان كانت الرحم منحرفة اجتهد في ان يعطى لها اتجاهها الطبيعي فاذا برز الرأس على التقوير الخشلي للعرض اجتهد في دفعه في المضيق الى اعلى ومتى كان الجنين متحركا كفاية بحيث كان الرأس والمنكب او جزء آخر يأتى للفوهة طورا فطورا كان المناسب تمزيق الاغشية حينما يؤكدها الرأس هو الذي وصل الى اعلى المضيق

لكن اذا صار اتساع العنق كافيا وتمزق القرن اى جيب المياه او قرب للتمزق كان من المهم ان يحزم اما توجيه اليد للرحم اذا كان ذلك مناسبا او بعدم فعل ذلك * قال داتمان ويمكن ان يستغنى عن ذلك في كثير من الاحوال نظرا لكون الغالب ان الرحم يفعل التحويل الذاتي وان الجنين اذا جاء يقينا منتبها لم يكن خروجه بسبب ذلك تام الاستحالة وقال اطباء فرنسا بعكس ذلك اى انه يلزم في جميع الاحوال توجيه اليد حاله لانه كلما طال التأني زاد انقباض الرحم وتضايقه وعسر ادخال اليد وفعل عميلة التحويل ولو بعد ما قاله داتمان رأينا ان كثيرا من النساء يملكن بالتأني ويسعفن اذا وجهنها اليد لهن حالا

ولذلك لا نوافق على هذا المؤلف في بلاد الانقليس بسبب اختياره هذا الرأي
 ثم ان التحويل الذاتي وان كان كثيرا من النساء قد يرضعن مع وجوده
 الا ان الاوفق للعقل والرافعة البشرية ان تعمل عملية التحويل او يوضع جفت
 الولادة يستثنى من ذلك الاحوال التي لم يدخل فيها المنكب بالفعل والتي تكون
 القسمة او الحوض قريبة للقنطرة قربا كافيا بحيث يؤمل في حصول حصول
 جيد والتي يكون فيها ادخال اليد عسرا بحيث ان التأتى لا يعرض لعمسرات
 جديدة والتي يمنع فيها انخفاض الاجزاء وصول اليد الى الرحم ولتزد على ذلك
 ان الاحسن في هذه الحالة الاخيرة ان يجذب الجنين من الابطين والذراعين
 الخارجيين كما فعل ذلك فنييت او يمر بهزام حول الجذع المنفني من الجنين لتساعده
 على الحركة الحاصلة في الحوض بالافعال العنيفة الصادرة من المرأة فان ذلك
 كله اولي من ان يقتضى على التقديم

(الباب الثالث)

(في عمليات الولادة)

(القسم الاول)

(في عملية التحويل)

التحويل في علم الولادة هو ادارة الجنين باليد ليصل احد طرفي قطره العظيم
 للمضيق العلوى ولهذه العملية نوعان احدهما قهر الرأس على النزول اولا
 وثانجهما قهر التقديمين على ذلك

(نبذة تاريخية)

ذكر بقراط بعض شيء في التحويل بالرأس وسلسوس قال انه ينبغي جذب
 التقديمين اذا عسر مسك الرأس لكنه لم يتجاسر على ممارسة ذلك الا فيما اذا كان
 الجنين ميتا واما الذي مارس ذلك من المتقدمين في الاجنحة الاحياء
 فهو اينيوس وبولديجين وبني شرح ذلك مختصرا الى زمن جلوس الذي يشرح
 عملية التحويل شرحا مناسبيا كافيا واما قبله فكانت الاطباء الذين لم يختاروا
 عملية التحويل بالتقديمين يقطعون الجنين قطعاً في باطن الام بعد موته

او ينزعونه بالكلايب او نحوهما من الآلات متى تعسر عليهم مجيئه بالرأس
وفي ذلك الزمن لم يكن هناك ذكر للتحويل بل بالقدمين الا لاجل علاج الاوضاع
المعيبة واوضاع الخدع وما في زمن جلوس ومن بعده فاشاروا في الحالتين
يكون فيها الجهي بالرأس مصاحبا لعوارض بان يعمل تحويل تام وتكمل
الولادة بالقدمين وكذلك كان فيما ورد بل يعرف ان جميع الاوضاع المعيبة
ينبغي التفتيش على القدمين لانه قال في الجهي بالذراع ينبغي ان يمسك الجنين
من قدميه وكان ذلك عادة لهم ومورسوس كان يرى ذلك ايضا اى في جميع
الاوضاع المعيبة ولو برل من جاء بعدد استعمال التحويل بالقدمين الى ديوفس
ودولا موت حتى كاد ان ينسى التحويل بالرأس ولما جاء سيجرمان كان
من المتعصبين للتحويل بالرأس فقال اذا جاء الجنين بالقدمين او الوجه او الكتف
او الاليتين او الظهر او الجانب ينبغي ان يجتهد حتى يأتى بالرأس اما بان يدفع
الجزء الذى جاء بدله او يجذب الاجزاء التى صعدت او بان تفعل المرأة وثبات
وتضع نفسها في هيئة اخرى لاجل ان تظهر المنافع والمضار لكل من هاتين
العمليتين نذكر اولا الاحتراسات اللازمة لهما عموما في فصول ومباحث

(الفصل الاول)

(في التحويل عموما)

اذا علم الاضطراب لاستعمال اليد لاجل تغيير وضع الجنين او مساعدة اندفاعه
ينبغي ان يتكلم في ذلك مع اقارب المرأة واصحابها ويخبرهم بالاعطال المعرض
لها الجنين واما المرأة فتقسم الى قسمين فاحدى القسمين ان يجعل عندها استشعار بمنافع
العملية وبالاخطار التى تحصل لها من التعويق او من عدم فعل تلك العملية
لها لكن من المهم دوما على جهة لها بالاخطار المعرض لها فظنها وبالآلام
المعرضة هي لها فاذا روعيت تلك الاحتراسات يستغل حالا لاجل العمل
باختيار الوضع المناسب للمرأة والطبيب المولد ثم بشكل الجنين الذى جاء به
ثم بوضع اليد التى يختارها حالها ولذلك كان الكلام هنا في مباحث

(المبحث الاول)

(في وقت ممارسة العمل)

يصح الانتظار مادام الجيب المائي باقيا برمته وعنق الرحم غير متسع فاذا كان عمر الولادة ناشئاً من الوضع المعيب للجنين والمرأة معرضة للاخطار كفي للعملية كون العنق مرتخياً وقابلاً للتمدد وفي جميع الاحوال متى انفجرت الأغشية ينبغي الممارسة في العمل حالا وعدم ضياع الزمن ومع ذلك اذا بقيت الرحم من مدة طويلة منقبضة وكان هناك تهيج عظيم وحرارة وحى وبعض علامات النهاية ينبغي ان تقاوم اولاً هذه الاعراض المتقدمة بالقصد والاستحسانات والمسكات ومرهم البلادونا ونحو ذلك على حسب الاحوال اما اذا اريد قهر الموانع على مقتضى رأى مجرب فان المرأة تعرض بذلك لاطوار كثيرة وسياتمزق المهبل او الرحم كما حصل ذلك لهذا الطبيب نفسه في امرأة بحث فيها معه مؤلفنا وماتت من ذلك والحقن المخدرة من خلاصة البلادونا والافيون اورؤس الشخصاش تعد من الوسائط التي ينبغي تجريبها وميرجع الكلام معنا على تلك الاستحضارات عند ما نتكلم على الجهي بالذراع وبالاختصار فالوقت الاليسق لممارسة عملية التحويل هو ان يكون الجيب المائي جيد التكون كاملاً والعنق تام الاتساع فهذا هو الوقت المختار في العمل ولم يكن هناك ما يعارضه

(المبحث الثاني)

(في وضع المرأة في عملية التحويل)

اذا لم يضطر في الوضع الزائغ للرأس او المقعدة الا لا يصل القمة او الالبتين لمركز القعدة صح ان تترك المرأة على سريرها الاعتيادي او على الهيئة التي كانت عليها مدة الاوجاع على من يرالطلق اما اذا ازم التفتيش على القدمين او على الرأس اعلى المضيق العلوى فانه يلزم له الهيئة اخرى لكن الشيء المهم بالنظر لذلك هو ان يكون القرج والعجان خالصين بالكلية وان لا يكون حول الحوض ما يتعب حركات الطبيب المولد وان لا يحتاج العضلات لان تنوتر بعمل

اجزاء آخر من الجسم

فكثير من المتقدمين وكذا الوفير ايضا كانوا يضعون المرأة على جانبها او على
 بطنها اذا ارادوا توصيل القدمين الى الامام وعلى رأى سلسوس ينبغي وضعها
 على الظهر مستعرضة على السرير وينتظر افتتاح الرحم فيدخل اصبع ثم اصبع
 آخر ثم بقية اليد ويوصل الرأس او القدمان الى الفوهة فاذا جاء من الجنين الميت
 يده ينبغي ان يوصل الرأس فان جاءت رجلاه يجذب الجنين بها ثم يدخل كلاب
 في فمه او عينه او اذنه او يوضع على جبهته ويجذب السكل ولا ينبغي جذب
 اذالم تنفتح الرحم فاذا كان الجنين موضوعا بالعرض ولم يمكن تعديله واستقامته
 ينبغي ان يثبت كلاب في ابطنه ثم يجذب فالرقبة تثني حينئذ والرأس يتجه
 الى الخلف فتقطع الرقبة ليستخرج جزءه بعد آخر فاذا لم يكن الا رجل واحدة
 قطع كل جزء مخرج فان كان الجاني هو الايمن ينبغي دفعهما والتفتيش
 على التميمين

وعلى حسب قواعد الجراحين الاتقليزيين توضع المرأة على الجانب وعلى حافة
 سريرها الواقعت اوعلى ركبتي شخص قوي كما فعل ذلك احيانا دولا موت
 او على ركبتيها ومرفقها كما فعل ذلك في ازله غير ان الاحسن وضعها
 على كرسى او طاولة او دكة مثبتة عليها مرتبة جلوس خوفا من البرد
 وبالاختصار ينبغي ان تكون هيئة وضعها مشابهة لهيئة وضع مريض تعمل له
 عملية الحصة من تحت العانة

واما في مارستان الولادة بباريس وكذا في مارستان استرسبرغ فيستعمل كرسى
 الولادة المستند احيانا احد جانبيه على حائط اذالم يستعمل كرسى اعتيادي
 ضيق مرتفع فاذا احتيج لفعل عملية التحويل تجلس المرأة عليه بالعرض
 وتوضع الوسائد تحت راسها وصدرها وفي جهة الحائط ويسند عجزها على
 الحافة السابقة للسرير ويعين مساعدا ان يقفان في الجهة الوحشية لرجليها
 ليحفظا باعدهما عن بعضهما وليثبتا الساقين على المخنزين ومساعد ثالث
 يجبر الطيب جميع ما يطلبه مدة العملية ويصح ايضا ان يعين مساعدون

لتثبيت الحوض ومعارضة الحركات الاضطرابية التي لا تقدر المرأة على قهرها
 لمدة الآلام التي تكابدها وربما لم ينجح لذلك اذا كان عند المرأة جسارة
 وشجاعة فتثبت رجلاها على كرسيين او طاولتين صغيرتين ولا يحتاج حينئذ
 المساعدين واذا احتجج اهلهم فليجهدوا في ان تكون حركاتهم سهلة مطلقة واما علو
 السرير عن الارض فليس له حد محدود وانما يلزم ان يكون مناسباً لوضع
 الطبيب المولد ودرجة انحناء محاور المضيق وبالجمله فكلما كان ارتفاع
 كان اسهل وزعم اولوية هذا انه لسرة الطبيب ممنوع لانه يكون حينئذ اسفل
 عن ما يلزم اذا كان المراد عملية تحويل نام

(المبحث الثالث)

(في وضع الطبيب المولد في عملية التحويل)

اذا كان السرير منخفضاً الى موضوعاً على سطح الارض صح ان يجلس
 الطبيب او يجثو على ركبتيه لكن الوضع العمودي هو الاحسن بلا نزاع وينبغي
 اختياره اذا لزم الاستعمال قوة وبذلك قال لوفريت ينبغي ان يكون المولد
 قائماً وساقاه متباعدتين بزاوية خمس واربعين درجة واحدى قديميه الى الامام
 والاخرى الى الخلف وسلسلته مقوسة ويستند بيده الغير العاملة على سطح
 صلب واحسن من ذلك ما قاله دولاموت ليس في الولادة الخائفة للطبيعة
 وضع خاص للمولود وانما يضع نفسه كما يشاء انتهى وينبغي ان ينزع جبته العليا
 ويشعر كما هو وبليس فوطه في وسطه لتكون حركاته خفيفة وقبل ان يتبدأ
 العملية بجهز خرقة توضع تحت قدميه او ركبتيه وفوطاً يسمح بها يديه
 وذراعيه كلما تلوث وماء فاتراً وماء كلونيا وخلاو قليلاً من نبيذ جيد خروفاً
 من غشى يعرض للمرأة وينبغي ايضا ان تعلم حالة الجنين ووضعه وتعين اليدين التي
 تدخل في المرأة ومن عادة المسيحيين ان يحضروا ايضا شياً من ماء المعمودية
 ليمنسوا الجنين به بعد ولادته

(المبحث الرابع)

(في تعيين وضع الجنين في عملية التحويل)

وقد تقدمت صفات اوضاع الرأس والقدمين والركبتين والمقعدة في مجت
الولادة السهلة فلا نستغل هنا الا باوضاع البدع فقط فيعرف الجهيء بالمنكب
سواء كان خالصا او مائلا اذا لم يخرج معه الذراع بالشكل المستدير للورم الذي
في الفوهة وبوجود الترقوة والاضلاع والكتف واحد جانبي الرقبة وقد اشاروا
بادخال اليد كلها في المهبل في هذه الحالة كحالة وضع الحف ايضا وجميع
الاحوال التي بهم فيها قبل كل شيء بمعرفة الوضع الحقيقي للجنين فاذا كان
الخارج اولاد ذراع فذلك كما يدل على ان المنكب في المضيق العلوي يقهم منه
ايضا جانب الحوض الذي التفت اليه القحف والوجه فالابهام من تلك الذراع
هو الذي يوافق طرف الرأس واما راحة الكف فتجاور المسطح البطنى مع ان من
المهم ان يعرف ان اليد والذراع جميعا بديل ان يكونتا منبسطتين او منكبتين
قليلا يصح ان يكونتا ملوحتين بلجهة اخرى وخصوصا كونهما منكبتين انكبا
فويا بحيث ان المناسب قبل ان يجزم بشئ ان تزلق بعض اصابع في المهبل على
طول الخافة الزندية للذراع الى الابط حتى يؤكد وضعه النسبي فاذا وقف
الظهم في مركز المضيق في الدلالة عليه صف التنوات الشوكية الخرزية
والاضلاع والذي يدل على وجود الرأس في جهة ما هو غيبوبة الاضلاع
في القسم القطنى او الحرقنتين من جانب والكتفين او الجزء الخلقى من العنق من
جانب آخر والذي يدل على مجيى الوجه المقدم للصدر هو القفص والاضلاع
والترقوتين حيث يمكن ان يستشعر اعلاهما بمقدم الرقبة
فاذا كان عنق الرحم منسجا جدا وتزقت الاغشية ولم يكن الجزء النازل زائدا
الارتفاع في الحوض ولم يمس له زمن يتورم فيه او يتشوه من تأثير الانقباضات
الرحمية سهل تمييز الاوضاع المختلفة للبدع عن بعضها واقله ان لا تشبه باوضاع
الرأس او الحوض وفي بعض الاحوال قد يحصل اشتباه بل الغالب انه لا يمكن
التشخيص الصحيح قبل ادخال اليد في الرحم

(المجت الخامس)

(في اختيار اليد لعملية التحويل)

اذا لم يترق

إذا لم يترق الجيب المائي ولم يرزل الجنين متحركاً قطر كاعظيما اخبر لممارسة العمل اليد التي يسهل استخدامها أي التي توصل في العادة للاوضاع الاقل ضرراً فإذا لم يمكن معرفة وضع الجنين أو شك فيه سواء تمزقت الأغشية أم لا روي ذلك أيضاً وتوجه اليد التي تستعمل في الاوضاع الكثيرة الحصول فإذا حصل مع ذلك شدة تهرس بعد وصولها إلى الرحم كان الاحسن اخراجها وتوجيه اليد الأخرى

فإذا تعين الجهي وعرف هرفت اليد التي يسهل استعمالها حيثئذ لما ان ذلك يختلف باختلاف نوع العمل الذي يمارس ويعمل في الاوضاع المخرفة للرأس والمقعدة التي لا تستدعي الاستخراج بالقدمين ينبغي ان تختار اليد اليسرى متى كان الجزء الزائغ موافقاً لمجاور الجزء من اجزاء النصف الايمن للعرض وتختار اليد اليمنى في الانحرافات المقابلة لذلك ويختار ايها بدون فرق اذا كان الميل باستقامة إلى الخلف أو إلى الامام وتراعى تلك القواعد في التحويل الرأسي

وأما في اوضاع القدمين أو الركبتين أو الايمن فانه اذا اتجه المسطح الخلفي من الجنين للجانب الايسر من المضيق سهل العمل باليد اليسرى وأما الاوضاع المخالفة لذلك فتستدعي اليد اليمنى وان كان كثيراً ما يصح العمل بعكس ذلك فإذا جاء التعفف أو لا ولزم التفطيش على القدمين كان الانسب استعمال اليد اليسرى في الاوضاع المقعدة وية الحرقمية اليسرى وأما اليد اليمنى فلا تنفع في الحقيقة إلا في الاوضاع المقابلة لذلك لكن من حيث انها هي المستعملة في القدمين وانما تمارس أيضاً سهلاً من اختها في الاوضاع المتوسطة يكون المناسب اختيارها في جميع الاوضاع اليمنى والمقدمة الخلفية ويصح ان يقال في الجهي بالمنتكب كعادة كلية ان الجانب الايسر يستدعي اليد اليسرى وان اليد اليمنى ينبغي ان تمارس العمل في اوضاع المنتكب الايمن وتستخدم اليد اليمنى في الجهي بالقص أو الظهر اذا لم يكن الرأس ملتفتاً إلى الجهة اليسرى وتستخدم اليسرى في الاحوال المقابلة لذلك وهذه القواعد العامة بسيطة

وسم له الاستعمال في جميع الاحوال فاحذر مما وقع به هنا كثير من المؤلفين
 في اختيارهم غير ذلك مما لا حاجة لنا بمناقضته والله يرشدنا للصواب
 فاذا اختيرت اليد ينبغي لاجل ان يعان انزلاقها في المهبل بحيث يصير
 ادخالها اقل ايلاما وتحفظ من اكسابها الامراض المعدية ان تدهن بجسم
 شمعي اولعابي فيصح ان تغمس في الزيت او في جسم لزج او تطلي بالزبد
 او الشحم او يياض البيض ولا بأس ايضا عند استئصال اي جوهركان من تلك
 الجواهر ان تتبع وصية ريدبروهي ان لا يدهن الا الوجه الظهري للاصابع
 واليد التي يلزم ان تمارس وحدها احتكاك اجزاء المرأة نظرا الى ان الوجه
 الاخر يلامس الاعضاء التي هي قبل ذلك زائدة الانزلاق وينبغي ايضا دهن
 الساعد الى اعلاه فاذا كان جزء الجنين الذي يفعل فيه الجذب على الفرج
 وفي عمق قليل من المهبل كان هذا الاحتراس ضارا لانفعلا وانما ينبغي حينئذ
 وضع اليد باقة ومن المهم ايضا كون الاظفار مقصوفة اي قصيرة مستديرة
 حتى لا تجرح الرحم وان ينزع ما يكون في الاصابع من خواتم وحلقات خوفا
 من ان تعقب العملية او الرحم او الجنين

(الفصل الثاني)

(في التحويل الرأسي اي التحويل بالرأس)

(المبحث الاول)

(في نبذة تاريخية)

قد دخل سابقا في عقول الاطباء ان اوضاع الرأس هي التي وحدها تكون
 معها اذ ذاك الولادة جيدة فلذلك كانوا يجتهدون في اصال الجنين بالرأس
 اذا اتى بغيره ويتبعون في ذلك رأي بقراط فيقتشون على الرأس سواء جاز الجنين
 بوضع من اوضاع المنكب او بجزء آخر من اجزاء الجذع او جاء بوضع من اوضاع
 المقعدة او الركببتين او القدمين ويعدون الولادة تلك الاوضاع خطيرة جدا
 واما سلسوس فقال ان الولادة بالقدمين ممكنة وليزل معروفا في زمنه
 ان التحويل بالرأس هو الأككد والاكثر استعمالا الى زمن فرنكون

وباربه قال رديون اذا جاءت رجل واحدة ينبغي دفعها الى الباطن ثم تسم المرأة
منكسة رأسها الى الخلف وتقلب وتقلع اهتزازات عنيفة حتى يصير رأس
الجنين الى الاسفل فاذا جاء الجنين بركبتيه ينبغي توصيل القدمين ومثل ذلك
ايضا اذا جاء باليتين وان كان الاجساجن اجتهاد حتى يأتي بالرأس انتهى
ثم من زمن جلوس أخذ هذا التحويل في الاهمال والهجر حتى صار موقوف
الفرنسا وبين لا يذكرونه الا لاجل ان يعيبوه وبالجملة كان لا يوجد احديا ريس
يرى مخروم استعماله حتى ان القابلة لشيل نازعت في امكانه والذي منع
الممارسين من تعاطيه حتى في الاحوال الحميدة عمير ممارسته وقلة مسك اليد
للقحف عند تفتيشها على الرأس وعدم امكان ايصال ذلك الرأس للمضيق متى
كانت الرحم منقبضة قليلا على الجنين وقالوا متى عمل التحويل لم يكن ان
تساعد اليد على الولادة وانما يترك الوضع حيث تدل المساعدة الطبيعة اذا لم يضطر
لحقت الولادة واما اذا وقع العمل على القدمين فانه يسهل استخراج الجنين بدون
احتياج لآلة اخرى غير اليد التي فتشت عليهما قال المؤلف وينبغي عن ذلك
بانه اولا لا يصمد دائما مسك الرأس في الرحم وان يفعل فيها اعمال وحرركات
قوية وثانيا اذا لم تسلم المياه من مدة طويلة وصل غالبا بدون مشقة الى مسك
القمة وايضا لها المركز القوية مهمما كان بعدد هاتين وثالثا ان الغالب
ان تشبث اليد بالرأس في هذه العملية يقل الاهتمام به وانما الاكثر اتماما
هو تنزيهه الى الاسفل بدفع الجزء الذي دخل بدله في القحف ورابعا ان الولادة
بالخوض يكون الطفل فيها معرضا للخطر واما الولادة بالقمة ولومع جفت
الولادة فهي اقل خطرا واما اختيار التحويل بالقدمين عند مؤلفي القرن
السابع عشر والنصف الاول من الثامن عشر فذلك لانهم كانوا لا يعرفون
جفت الولادة فكان التحويل الرأسي عندهم واسطة غير تامة واما بعد
ان كشف لوفريت هذا الجفت فالامر سهل فتي وصل الرأس الى القوية
لم يكن هنا لما يمنع اخراج الولد بهذا الجفت اذا استدعاه الحال كما يفعل ذلك
باليد في التحويل بالقدمين وقال يميل انه يلجأ للتحويل الرأسي اذا لم تكن

الرحم زائدة الانقباض ويفعل لاجل الاوضاع المعيبة للرأس وقال
مورسوس اذا جاء الجنين بجانب الرقبة ينبغي توصيل الرأس او دفع المنكب
وبالجملة فالتحويل بالرأس مأمور به متى كان الرأس قريباً للفتق واسهل
مسكاً من القدمين

(المبحث الثاني)
(في اعتبار التحويل للرأس)

قد علمت مما تقدم ان التحويل للرأس مختار ومقبول الآن فهو يناسب اولاً
اذا كان الحوض جيداً التكون ولم يعرض عارض آخر يصاحب الوضع المعيب
للجنين وكان الرأس موجوداً حول المضيق بوضع مائل وثانياً في المهيمة
بالمنكب او الظهر او الجزء المتقدم للصدر اذا لم تخرج الذراع نفسها ولم تكن الرحم
منقبضة جداً وبالاختصار يظهر ان من العقل تجربته متى كانت القدمان
البعده عن المضيق من قبة الرأس وكان يظهر ان الولادة تنتهي من نفسها بعد ذلك
لكن اذا لم ينفع ذلك التحويل للرأس لم يكن هناك ما يمنع التفقيس على القدمين
حيث سهل وجدتهما فاذا ظهر ان الرأس مستعد للنزول فبس عليه والام يكن
هناك الا توجيه اليد بدون واسطة نحو القدمين * قال المؤلف ومع ذلك
لا اظن ان هذا التحويل توجد فيه جميع المنافع التي نسبها له جلوت ولا انه يلزم
تفضيله في الاوضاع المخرقة للحوض ولا فيما اذا جاءت المقعدة كلها واختار
فلا مانع انه يفضل في جميع الاحوال حتى اذا كان هناك عوارض من جهة
الام حيثئذ وربما حصل منه نفع اذا كان الجنين متحركاً جداً في الرحم لكني
اشك في جوازه اذا سالت المياه وكانت الرحم منقبضة جداً وبالجملة فالتحويل
الرأس بالنظر للدلالات السابقة يكون في الحقيقة عملية مهمة والبراهين التي
ذكروها سابقاً يدوان الاطباء لئلا يعارضه قط نعم الشبه بين المهيمة
الطبيعية بالرأس والتحويل للرأس ليس تاماً فان جزءاً من السائل الامنيوسي
يبقى في الحالة الاولى الى الاخر حول الجنين كما قلناه من الافعال العنيفة
للرحم واما تغيير موضع الرأس باليد في الحالة الثانية فانه يسبب سيلان مياه

الامينوس كلها لكن ذلك فيه منفعة لا خطر فانه كلما كان الباقي من مياه الامنيوس في الرحم اقل كان خروج الجنين اسرع فاذا وصل الرأس الى محله في المضيق العلوي حصل احد شيئين احدهما ان الرحم ينقطع اقتباسها ويحصل سكون مدة بعض ساعات فالطفل حيثئذ يكاد ان لا يحصل فيه انضغاط فلا يحصل له خطر من ذلك وثانيهما ان الطلق يبقى على سيره بل قد تزيد شدة وفي هذه الحالة حينما كان الرأس موضوعا وضعاجيدا لم يلبث قليلا حتى يخرج من القناة الحوضية فاذا خيف حيثئذ من بعض العوارض كبعض تضائيق في الحوض يتخلص من ذلك بوضع جفت الولادة

فان قيل انه لم يمت في التحويل بالقسدين الا امرأتان من احدى وعشرين في بيت الولادة بباريس تقول قد ثبت في الممارسات اليومية وفي جملة تحال معدة لذلك ان هذه العملية كثيرة الخطر جدا فقد ذكر ريبك انه في ٣١٢٠ قتل من النساء ٣٠٠ ومن الاجنة ١٦٧٥ وذكرا ستين وموت ٣٣ جنينا من ٦٦ وأزيد بندير ٤ من ٦٨ والمؤلف ١٥ من ٨٠ فاذا ن يكون التحويل الرأسي احسن حالاً منه لان بوش لم يذكر الامتيا واحدا من خمسة عشر وريبك ذكر واحدا من ستة عشر

(المبحث الثالث)

(في كيفية عمل التحويل الرأسي)

قال بوش التحويل بالرأس يعمل بكيفيتين احدهما بدفع الجزء الذي دخل او مال لان يدخل حتى ان الرحم باقتباسه ينزل الجمجمة وثانيتهما ان يمسك الرأس نفسه ليحبس من المضيق فالمرأة تضع نفسها كذا كرنا سابقا ثم يدخل لطبيب يده اليسرى اذا كان الرأس مائلا الى اليمين ويده اليمنى في الاوضاع المقابلة لذلك واحدهما بدون فرق اذا كانت القصة منقلبة الى الامام او الى الخلف باستقامة فيدفع بها الجزء الذي دخل بدل الرأس ويجهتد في تقيده عن المضيق وتوجيهه الى الحفرة الحرقفية المقابلة للحفرة المشغولة بالقصة فهذه الكيفية تكون الرحم في حالة بحيث يتجه فعلها الى الجمجمة فتصل الى مركز

الحوض ثم بعد ان يرفع المنكب اذالم ينزل الرأس تقش اليد عليه وتقبطه
بجميع اصابعها وتقبطه كما يجذب بكلاب واليد الاخرى عند ذلك تمسك الخنثى
ويلزم مع ذلك ان يقهر الرأس على ان يأخذ احسن الاوضاع القصدوية المقدمة
والقدماء كانوا يعرفون جيد هذه الحركة الميخانكية وسمي العرب كافي القاسم
الزهر اوى فانه اخترع آلة دافعة لاجل رفع الجذع حينما يجذب الرأس باليد
الاخرى ومضى وصل الرأس الى مركز دائرة الحوض ترك نفسه ولم تستدع
الولادة بعد ذلك استعانة اذالم يكن هناك عارض آخر فان حصل تعويق
استعمل الجفت بدل اليد

الاعمال اليدوية من الظاهر ذكر الطبيب ويجند في التحويل الرأسي انه كثيرا
ما تعمل عملية التحويل بدون ان توجه اليد في باطن اعضاء التناسل فقال
يمكن توصيل الرأس للمضيق العلوى بفعل حركات في الرحم من فوق جدران
البطن ويساعد ذلك بوضع المرأة قال المؤلف وقبل ان اعرف رأى هذا المعلم
النيساوى تبعت هذه الوصية فعرفت انه قد يوصل الى ان يعطى بذلك للخدمة
وضعها الطبيعي واستعملتها بعد ذلك مرتين مع نجاح قبل انقبار القرن
لكن لا ارى ان هذا العمل واسطة عظيمة اذا سالت المياه من زمن طويل وكانت
الرحم مترققة على الجنين فالنجاح حيثئذ تغيير وضع المرأة كما كان يفعل ذلك
في زمن بقراط ويطبع فيها بعض اهتزازات واضطرابات ورودون مال لذلك
ايضا فاشار في تحويل الجنين بان يدفع جانب البطن او تقلب المرأة على بطنها
ومثل ذلك ايضا امر به سنير وهو ان تضغط الرحم وتدحرج المرأة وتؤخذ
من اقدامها للترز وتخفض وكذلك التكيس المستعمل عند العامة في بلاد
الموسقوب وفي بلادنا وقد وصل ايضا بوشن الى تغيير وضع الذراع بان اجلس
المرأة على ركبتيها قبل سيلان المياه وهذه ايضا واسطة لا ينبغي اهمالها
في بعض الاحوال سيما وقد نسب لها الطبيب ريبك امثلة كثيرة جديدة ناجحة

(الفصل الثالث)

(في التحويل القدي والتحويل بالقدمين)

كان هذا التحويل معروفا عند القدماء ومستمرا قليلا فقد قال ايتيوس
اذا كان الرأس كبيراً جداً ينبغي دفعه الى الداخل والوصول الى القدمين
وموسى يكون في اوضاع الظهر وصل ما هو اقرب للقوة سواء الرأس
او القدمان وذكرا بنينا فيما اذا تعذر توصيل الرأس في الاوضاع المختلفة
للطبيعة انه يقتض على القدمين

كيفية العملية * هذا العمل مكون من ثلاثة اشياء رئيسة تعمل في ثلاثة
ازمان الاول ادخال اليد الثاني تغيير وضع الجنين الثالث اعانة اندفاع الجنين
وهذه الازمنة الثلاثة لا توجد مجتمعة في التحويل الرأسي فان عمل اليد لا يعين
على شيء اذا وضع الرأس نفسه ثانياً ووضعا مناسباً في المضيق العلوى وايضا
فان الحركة المصانعة في بعض اوضاع القدمين قد ترجع الى فعل واحد
وهو الاستخراج لكن ذلك انما هو مجرد استخراج لا عملية تحويل

(المبحث الاول)

(في ادخال اليد في التحويل القدي)

اشار كثير من المؤلفين بلدخال اليد في المهبل حتى عند الانقباض الشديد
الرحمي وقالوا ان الوجع الحاصل من العملية يختلط مع وجع الانقباض
والمرأة لا تميزهما عن بعضهما فالمهبل حينئذ يتسع ويقصر في آن واحد بسبب
الانقباض البرهي للرحم التي تقرب لان تأني بنقبها امام اليد * قال المؤلف
وهذه الدعوى يمكن ان تكون صحيحة بالنظر للعلم النظري اما بالنظر للعمل
فلان توافق الاصول المستنبطة فالذي نراه وفاقا لديرزيموس ان اليد انما تناسب
في الاكثر دخولها الفرج في قترات الاوجاع وبمهما كان فينبغي ان تقرب
الاصابع لبعضها وتدخل اولاً مسطحة في اتجاه القطر الكبير للفرج ثم تضم مع
بعضها بحيث تكون هيئة سطحها الراحي كمنزلة يسكن فيه الابهام وتكون
من جميع ذلك مخروطة مستطيلة قاعدة نحو المفاصل المشطية السلامية فاليد
بذلك تفصل للتجريف المهبل تابعة لتجهاد محور المضيق السفلي

ويلاحظ للنفور من عنق الرحم ان يختار الزمن الذي لا يكون فيه انقباض

وهذا امر متفق عليه والام يمكن الدخول للرحم وتعرض الفتحة حيث
 للتمزق والمرأة لا خطار كثيرة فاذا كان اتساع العنق عظيما جدا ينبغي ان تفرق
 الاصابع التي كانت اولاً منضمة حتى تتوافق مع شكل الجزء الذي في مركزها
 وتترلق انزلا فامنا سبائنه وبين جدران الرحم اما اذا كان العنق ضيقا
 فانه يدخل احدها بعد الاخرى حتى يتكون من انضمامها ببعضها بخروط
 ثم يدفع بها الجزء بلطف مع الاحتراس على ايقاف ذلك في كل وجع ويكون
 التأثير دائما في اتجاه محور المضيق العلوي وهذا الوقت خصوصا هو الذي
 يستدعي غاية اللطف والخفة في الحركات والافعال وان الاحسن احياها
 لاتساع العنق ان تبعد بلطف تدريجيا قاعدة الاصابع او الجزء الذي دخل
 في القوطة من الخروط واما اليد الاخرى التي بقيت في الخارج مدة هذا العمل
 فيلزم ان توضع على الخثرة لتحتفظ الرحم وتميطها الى الخلف اذا كان ذلك لازما
 ومتى تجاوز اصل الاصابع العنق دخلت اليد كلها في تجويف الرحم بدون
 تعسر وبذلك انتهى دور ادخال اليد

واوصى بوه اذا كان جيب الميلة غير متغير ان ترلق اليد بين الرحم والبذرة
 بحيث يمكن مسك القدمين بدون تمزق الاغشية وواقعه على ذلك كثيرون
 ودأى لوفر يت ان هذه الكيفية خطيرة خوفا من انفصال المشيمة قال المؤلف
 واطن ان ذلك ليس بخطر حقيق وان وصية بوه جيدة متبعة لان بهار زال من
 الرحم امكان تضايقها قبل ان يمسك الطبيب المولد الجنين مسكاً مناسباً لكن
 من حيث ان عملية التحويل يحصل فيها في العادة بعض عواقب اذا مارسها
 الطبيب قبل خروج السائل الامنيوسي كون قبول تلك الكيفية وعدم
قبولها على حد مواءم تقريب

دور البحث ينبغي اولاً ان تعين حالة الاشياء بان يتحقق المولد عدم الخطأ
 في وضع الجنين وان لا تشقبه عليه الذراعان بالساقين وان يتحقق ان ليس عضو
 من الاعضاء ملتصقاً على نفسه وان يجتهد في معرفة محل القدمين والمقعدة
 اذا عرف الرأس ثم لاجل مسك الجنين بقصد اخراجه وتغيير وضعه ينبغي

لأن فيه على أن اجزاء كثيرة من جسمه قد لا تفعل درجة الضغط اللازم أحيانا
استعماله بدون حصول خطر فلا ينبغي الاحتراز من أن يتجه طرف
الاصابع نحو الدروزا واليوافخ والبطن او جوانب الصدر وانما يوضع اليد
على الجبهة او القعدة او الصدغين او الجدارين او المنكبين او السلسلة
القصرية او القص او الحرقنتين او الاطراف الى اليدين والرجلين فيدفع بها الجنين
حينئذ او يدار او يخرج

(المبحث الثاني)

(في تغيير وضع الجنين في التحويل القدي)

وبعد ان يعرف الجزء الذي جاء للقوة بدفع الى الداخل ليخلص منه المضيق
العلوي مع الاتقاء لوضع الاصابع على سطح واسع حسبما يمكن ثم يقتش على
القدمين وتمسك لتوصل الى القوة ولا ينبغي ان يجذب الجنين الاعلى حسب
اقناعه الطبيعي اى انه يلزم تكبيبه وقلبه على مسطحه المقدم اما اذا قلب على
خمس الطهري كما اوصى بذلك بعضهم او على الجانب فانه يصير بذلك منبسطا
ولم يلبث قليلا حتى يكون كقضيب او قوس من دائرة غير قابل للالتواء وذلك
يصير في الغالب الباقي من العملية غير ممكن لان التحويل الرحى لا يكون
حينئذ كافي السعة حتى يسمح بالتحويل وادنى فعل يحصل اذ ذلك يخشى منه
خلع اطراف الجنين او كسرها وتمزق النخاع الشوكي ويولد لوجعا شديدا
جدا للمرأة بل ربما سبب ايضا تمزق الرحم ولا بد من ان يهلك الجنين بهذا
وقد قالوا انذا عسر مسك القدمين معاجازا ان يكتبى بواحدة ولا حاجة للتفتيش
على الاخرى بل جعل ذلك بعضهم هو الاحسن والامهل ونحن نقول الرأى
عندنا ان لا يحمل التفتيش على الاخرى متى امكن فتربط المساق النازلة بشرط
ويقتش على الثانية

واكثر المولدين اوصى ايضا بمسك القدمين لغيرهما من بقية اجزاء الاطراف
لانها ما وحدهما الجزء الذي امر بجذبه في هذا التحويل الذي نحن بصدده
ومع ذلك يمكن بل يقع ايضا في كثير من الاحوال ان يقع ما اوصى به بورتون

ودليش وغيرهما من مسك الركبتين او المابضين وان ذلك احسن من مسك
القدمين وهنئير اوصى بتوصيل الاليتين بدل القدمين او الركبتين
وذلك وان كانت منفعة ادخال الحوض كله في العنق الا انه يمنع استدامة
التحويل الى بلوغ الغاية المقصودة منه

وعلمية التحويل بالاليتين فضلها لبعضهم على التحويل بالقدمين وقال انها
تعمل اذ لم توجد القدمان او كانت الرحم من نوبة بقوة على الجنين ويد المولود
اولم يرز الطبيب مؤملا ان هذا العضو لم يرز فيه قوة شديدة لينتهي بها الطلق
بعد ذلك واما الحكيم رادفور الذي يرى ان الولادة بالاليتين هي الاقل خطرا
بعد الولادة بالرأس ومن جهة اخرى ان التحويل بالاليتين اصعب من التحويل
بالقدمين فانه اعرض كعادة كلية انه لا يصح ان يوصل للقوهات الارجل
او ركة اذا اريد استخراج الجنين بالحوض وهذه طريقة يلزم تجربتها

ومن اللازم في مدة البحث عن الجنين والاجتهاد في ادارته حفظ الرحم من
الطاهر زمن ادخال اليد الحافظة الموضوعة على الخنثلة تساعد ايضا
بالضغط المناسب على نزول الرأس او المنكب والاطراف فتصير عملية التحويل
اسهل وآكدا ما يدون هذا الاحتراس فان المولود اذا اضطرب لان يفعل فعلا فيه
بعض قوة وسيل اذا سال السائل الامنيوسى من زمن طويل يعرض المرأة
لجذبات خطيرة ولتفصل عنق الرحم من الطرف العلوى للمهبل وتمزق الرحم
نفسه لمن اضعف محل فيها ومن الحمال التي هي اكثر انقباضا على الاجزاء

البارزة الصلبة من الجنين

ويلزم ان تعمل اعمال التحويل في فترات الاوجاع اما في مدة الانقباضات
فهى خطيرة لكونها تسبب تمزقات مهلكة مع انه لا يمكن تحريك الجنين اذ ذلك
يد المولود لم تلبث قليلا حتى تنزق بحيث ينتهى حالها بحصول خدر فيها تفقد
حساسيتها بالكلية وقوة تأثيرها فن اللازم منع الاعمال الشاقة بجميع انواعها
متى جاء الوجع فاذا زال الانقباض ابتدأ في العمل الا اذا عارض عارض يحوج
لانها المولودة بسرعة قوية

ويلزم ان تنبيه الشباب من الممارسين على انه لا جل الوصول الى قعر الرحم يلزم
ان يوجه الساعده اعنى مما يظن يبادى الرأى وانه لا جل مجاورته مع محور
المضيق العلوى يحتاج ان تحنى اليد جدا الى الامام اكثر مما يظن بمقتضى البحث

(المبحث الثالث)

(في اخراج الجنين فى التحويل القدهى)

مضى تغير وضع الجنين ووصل الى وضع من اوضاع طرفى قطره الكبير جاز
ان يترك ونفسه اذ ذاك اذا كان الحوض جيد التركيب ولم تزل الرحم حافظة
لقوتها بحيث تتم الباقي من الولادة بنفسها وقد سبق لنا انه يلتزم ذلك فى جميع
احوال التحويل بالرأس اذ المبران المناسب وضع الحقت واذا وصلت القدمان
او الاليتان للقوة فهل تترك ونفسها كما قال بعضهم بعيد ان توضع فى وضع
لا يعارض انتهاء الولادة بنفسها وايد ذلك بامور اولها ان الجذبات المقهولة
على الجنين ينبغي تركها حيث لم تكن ضرورية وثانيها ان هذه الجذبات تقهر
الذراعين على ان ترتفع على جانبى الرأس وذلك يتعب انزلاق الرأس ويضع
فى معظم الاحوال القطر القمعدوى الجبهى او القمعدوى الذقنى فى محل القطر
القمعدوى القمى وثالثها ان البطن والصدر من الجنين يمرورهما بسرعة من
الدائرة الرجية يحصل فى ما انضغاط عنيف وابعها ان الرحم محلوها
بسرعة قوية يمكن ان تقلب وتبقى فى حالة خور فيتولد فيها نزيف وشهوه
وتقول هذه الاخطار صحيحة بل يسهل ذكر الزيادة عليها لكن ينبغى من وجه آخر
ان يعرف ان المرأة لم تعرض نفسها للعملية الا فى امل كونها تخلص من حملها
بسرعة وان اهلها والحاضر ين معها لا تؤكده صحة العملية الا بعد ان يخرج
الجنين بالكلية وانه لا يسمح بالانتظار فيما اذا كان هناك نزيف كثير او انما
او فقد للحس والحركة او تشجات او خروج الحبل السرى قبل او ان خروجه
او هبوط شديد وان خور الرحم يلزم ان يكون نادرا فى مثل ذلك نظرا لكون هذا
العمل احق بان يكون علاجا لتلك الاخطار لا مسببا لها وانه لا يخفى من
انضغاط بطن الجنين اذا وجهت اليد لتحويل الرحم من اول الامر وانه

ان الخوف منه اذا جذب الجنين باليد لا يكون **اكثر** عما اذا كان مدفوعا
 بالحركات القوية من الام فقط وانه اذا ترك خطر احد هذين الشئين كان لابد
 من الوقوع في الآسروان من الخطر في علم الولادة ان لا يعمل العمل في وقته
 كما يكون **كذلك** اذا عمل من غير ضرورة ولذا كان الحاذق الماهر يمسك
 في عمله بالحالة الوسطى فلا يعمل العمل الاعلى حسب ما تقتضيه الاحوال
 فاذا لم يكن الامر ثقيلا ومسكت القدمان او الالبتان النازلتان انتظرت
 الانقباضات الرحية ومع ذلك تحرض لينجذب الجنين بها الى الخارج ويلزم
 ان تكون الجذبات موافقة للحركات العنيفة من المرأة بحيث يتكون من هذين
 النوعين من الفعلين شئ واحد في كل وجع يلزم ان تبدأ الرحم في فعلها قبل
 فعل اليد وتنتهي قبل انتهائها فاذا اتبع ذلك حصل ما يسمى بالولادة من نفسها
 وقد تنزل الذراعان قبل الرأس الذي يبقى منتفيا على الصدر ولا يفقد القطر
 المقعدوى القمي مجاوراته الطبيعية لضيق الحوض ولا يلزم في حال من
 الاحوال شدة الجذب بحيث يمزق نخاع الجنين او يفصل جذعه عن رأسه
 فاذا لم يكن هناك وجه للسلامة سواء للام والجنين الا في الخلاص السريع
 من الحمل وكانت الانقباضات الرحية بطيئة ضعيفة جدا بحيث لا يعول عليها
 لم يحصل من جذبات المولود وحدها مساعدة وانما تبدل كلا او بعضا بالحركات
 القوية من المرأة فاذا لا تساوى بينهما فينبغي ان يختار اقلهما مشقة ولا حاجة
 لان تذكر على ان في الحالة الاولى كالثانية ينسحق ان تفعل الجذبات بلطف
 لا بشدة وتضع وان تكون دائما في اتجاه محور المضيقين

هذا وتقول بالاختصار يصح ان يعتبر اخراج الجنين باعتبارين رئيسيين
 احدهما انه مجرد قوة تابعة تضم للرحم وتعمل انتما وظيفة شاقة وثانيهما
 انه واسطة رئيسية بل وحيدة اذا كانت البنية عديمة القوة او كان من المهم
 تفرغ الرحم في بعض دقائق ودي عرف هذا التمييز لم يصير في الاضطراب الواقع
 بينهم في انه هل المناسب اذا علمت التحويل جذب الجنين او عدم جذبه فاذا اريد
 استعملها بالا اعتبار الاول كان من الواضح كونها نافعة لا غير بخلافها

بالاعتبار الثاني فان الطبيب الماهر لا يستعملها بدون ضرورة معروفة جيدا
فيكون من غير النافع البحث حينما يكون الانقع ترك الحال للبنية اذا كان
النازل هو المقعدة كما قال كثيرون او هو الصدر فقط كما قال آخرون

(الفصل الرابع)

(في التحويل القدي في اوضاع الرأس)

اوضاع الرأس بالنسبة للتحويل بالقدمين ترجع الى وضعين احدهما المقعدوى
الحرقى في الايسر الذي يرجع له الاول والخامس لبودلوك والثاني المقعدوى
الحرقى في اليمين الذي يحتوى على الثاني والرابع له وترجع اليه ايضا الاوضاع
المقعدوية العناية والجبهة العناية اذا وجدت فيجب ذلك يكون في هذا
الفصل مبحثان

(المبحث الاول)

(في التحويل القدي في الوضع المقعدوى الحرقى في الايسر)

هذا التحويل في الوضع المقعدوى الحرقى في الايسر يستند على اليد اليسرى
فتدخل في المهبل منكبة وتزلق على الوجه المقدم للعجز حتى تدخل في الفوهة
وتبقى في نصف انكباب اذا كانت المقعدوة مائلة باستقامة الى اليسار وتقرب
للانبطاح اذا كانت تلك المقعدوة في الوضع الاول وتكون في انكباب تام
اذا كانت مائلة الى الخلف واليسار ثم تمسك الرأس بها كلها جيدا ابطرف
الاصابع فقط وتكون الابهام موضوعة على الصدغ او على الخدبة الجدارية
اليمينية وتوضع بقية الاصابع متفرقة على الوجه وصدغ الجانب المقابل للاول
ثم يدفع الرأس اولا في محور المضيق اعنى الى الاعلى والامام ثم يقذف
نحو الحفرة الحرقية اليسرى مع الاتباه لمساعدة هذه الحركة باليد اليمينية التي
توضع على الخجلة فتحفظ قعر الرحم وتقبل كثيرا اوقليلا الى الخلف واليمين
والا ان ينبغى التقبيل على القدمين فلاجل ذلك يصح ان ترتلق اليد على
المسطح المقدم للجنين حتى تصل باستقامة الى الركبتين او الى اصل الفخذين
فان ذلك هو الطريق الاقرب غير ان اتباعه يعرض لغلط كثير قد يؤخذ

المرقطان بظن كونهما الركبتين واليسد بظن كونها الرجل وبالاختصار
قد نؤخذ اليدان باسم الرجلين فالظاهر ان الاولى اتباع ماسيد كروهوان يتبدأ
بسط جميع الاصابع والابهام نفسها جهة الاذن اليسرى ويلزم ان توضع
بجانب بعضها وتعد لتشغل محلا صغيرا ويرى بها على جميع المسطح الجانبى اليسرى
للجين بان يلزمها بالانزلاق خلف الرقبة والمنكب والصدر والخاصرة
والحرقفة وفى مدة ذلك الزمن يكون الوجه المتقدم لقبضة اليد حافظا للجهة
ومناها الها عن النزول فى المضيق واليد الاخرى تعلق الرحم الى الخلف حسب
الامكان والازوم ويجتهد فى ان تقرب للاصابع الاجزاء التى تقش عليها وتريد
ان تمسكها

فاذا كانت الرجلان فى حالة انثناءها الطبيعى اجتهد فى مرور اليد كلها اعلى اعلى
المقعدة وخلفها بادارتها منكبة على الظهر مع فان كانتا منقبطين او غيرتا
موضعهما بآى كيفية كانت او عسر جدا احاطة سطحهما الخلفى براحة اليد
مسكتهما اذا تيسر او مسك اقر بهما للمسطح الخلفى الذى للرحم
بان يقبض اصلهما بالابهام التى تثبت فى الاربية وبقية الاصابع التى تستند
على الوجه الخلفى للفخذين فان كانتا ملتفتين او متصابتين بالخلاف
او احدهما منثنىة والاخرى منبسطة واجتهد فى مسكهما معا ولم يتفع ذلك
واضطر لايصال احدهما بعد الاخرى لزم اذله ان يجتهد فى انزال الرجل الخلفية
اولا حتى ولو كانت بعيدة عن القوهة

فى الحالة الاولى اعنى اذا كانتا فى حالة انثناءهما الطبيعى يلزم لاجل استدامة
العملية ان تنزل اليد خلف الفخذين والساقين وتدفع تلك الاجزاء امامها
بان تبسط كمانزلات الى اسفل فبتلك الكيفية لا يمكن ان تفر القدمان من يده
ولان تزوغا وانما اتصال بدون مشقة الى المضيق العلوى

وفى الحالة الثانية اعنى حالة انقلاهما وماعه يحصل فى العادة تعسر فيضطر
احيانا لان يقع التأخير متعاقبا على الفخذ ثم على الساق كما يحصل ذلك على
الروافع التى من النوع الاول فى مدة التفتيش على احدى القدمين تفر الاخرى

وبغير ذلك لما جذبهما معا اذا لم يمكن معاينة المأبذين معا في الابتداء بالاصابع
والا بهامهما وما في الحالة الثالثة اعني اذا بعدت القدمان جدا عن هبتهما
الطبيعية بان كانتا ملتفتين الى آخره فانه متى اضطر لارتداد احداهما بعد
الاخرى فعل ما استمكن فعله وانما يلزم ان يكون الغرض بجذب الرجل التي
تمسك هو ميلها لان تقرب الرجل الاخرى لانها اذا جذبت لتبعد عنها وذلك
حركة تكون بالطبيعة ضيقة جدا لغرض اللطام والكسر فانه يحصل منها خطر
آخرو هو انعاشها بالرحم لان فعل هذه الحركة الأخيرة يستدعي مسافة اقل من
المسافة التي تستدعيها الحركة الاخرى

ومهما كان متى وصلت احدى القدمين الى المهبل او الفرج لزم تثبيتها بواسطة
عروة من شريط قبل التفتيش على الاخرى لاجل منع صعودها الى الاعلى
كما ظن ذلك بعض المؤلفين القدماء وانما هو لاجل التأكيد بوجودها
في الحوض وقت الاحتياج فاذا روي هذا الاحتراز تدخل اليد اليسرى
في الرحم كائنا و لاجل سهولة الوصول الى القدم الاخرى يتبع الجزء الانسي
الخطي للرجل الذي في العزوة فاذا اتسع ذلك وجد بالضرورة شق اليتين
واعضاء التناسل فلا يمكن خفاء الفخذ الذي يراد وجوده وبذلك يحصل الاحتراز
من كثرة التخميس المتعب ومن المعلوم انه ينبغي توصيل هذه القدم لجانب
الاخرى بحركة التقريب تابعا للمسطح المقدم للجنين

فاذا وصل باى كيفية كانت الى انبساط الرجلين ونزولهما في التقعير وضعت
السبابه بينهما الى عن الكعبين الانسيين واما الابهام وبقيّة الاصابع فتبعا
سطحهما الوحشي بحيث يكون الغقب ناويا في راحة اليد فاذا كان الرأس
المزوق بالرحم او المحفوظ حفظا ردينا باليد فربما يجد القهوه لزم قبل جذب
القدمين بدون تركهما ادفعه نحو الحفرة الحرقفية بالمرتفع الراحي المسمى بضرة
الابهام والجذبات التي تفعل بعد ذلك تكون غايتها تحريك الجنين حركة
ارجوحية والزمام الرأس ان يتجه نحو عمق الرحم مبدء كون الحوض يجذب
للمضيق العلوى وتحويل احد الاوضاع الشمالية للقمة الى احد الاوضاع

الجبينية للقدمين ولاجل ان يحصل من هذا التحويل جميع المنافع المرادة
منه ينبغي ان يقلب ظهر الجنين الى اليمين ثم الى الامام قليلا الى الخلف
فيوجب ذلك ينبغي ان يحترس الطبيب مع الانتباه عن احاطة يده بحركة
الانبطاح متى ابتدأ في جذب الساقين وانما يلزمه حفظها في نصف انكباب
ليوصل الجنين الى الوضع الثاني من اوضاع بودلوك فاذا لم يكف ذلك يجتهد
في وجدان القدم اليمنى التي تكون من الامام باليد اليمنى ويجذبها وحدها حتى
ينزع ميل الظهر للاتجاه الى الخلف

ومتى خرجت القدمان من الفرج ينبغي لفهما بخرقة جافة لينيسر مسكهما
مسكاً متيناً فبذلك لم تلبث الحرقضتان قليلا حتى تنفذ من الفوهة الحوضية
وتأتيان للمضيق السفلي وكلما اخذت القدمان في الخروج لزم ان اليد اليمنى الملتصقة
بينهما الى الامام وسراهما الى الخلف تمتدان على طول الرجلين نحو الفرج
حتى يستمسكا على سطح متسع حسب الامكان فتوضع ايهاهما الى الخلف
والاصبعان الاخران على الوجه المتقدم وقد السبابة والوسطى على الجانب
الوحيشى اكل ساق اوكل فخذ حتى تصير الحرقضتان الى الوحشية

ولئذ كرا لا ن قبل كل شئ انه لا بأس ان يبحث عن الحبل السرى هل هو
متوترام لابان توجه السبابة والاهمام واصبعان اخران من اليد اليمنى نحو
اندغامه يطن الجنين فاذا وجد متوترا انزلت عروة منه فيها طول كاف
بان تجذب من جزمها المشيمي لامن طرفها البطني فاذا لم يكن فيه جذب
من جهة السرة صحر تركه في محله فاذا نزل على البطن ومريين القهظين ثم صعد
على المسطح الخلفي للجنين وظهره تعطل في الدورة لزم تخليصه من ذلك بل ربما
نعين قطعه اذا خيف حصول خطر سريع ولم يمكن تخليص الرجلين بدون ذلك
لكن من المهم حينئذ انهاء الولادة في بعض دقائق قال المؤلف وبالاختصار
لا اظن ان من النافع حينئذ ربطه من محلين قبل قطعه كما ظن ذلك بعضهم
ولانه اذا ترك ذلك خشي موت الجنين بالتزيف

ثم يداوم على الجذب بانحراف الى الاسفل والخلف اعنى في اتجاه محور المضيق

العلوى فاذ انفذت الحرقتان مسكتا فاما اليسرى اى الخلفية تملك باليد اليسرى
 واليمنى اى المقدمة تملك باليد اليمنى بحيث لا تصعد الاصابع اعلى عن العرف
 الحرقى خوفا من الضغط على الاحشاء البطنية ثم يتبع ذلك خروج البطن
 والصدور فعند ذلك ترتفع الذراعان ويدخل المنكبان ويكون من اللازم حينئذ
 انضمام الحركات العنيفة من الطبيب المولود طرقات المرأة اذا اريد الاحتراس
 من انقلاب الرأس ولا ينبغي مهما كانت المقاومة التى تحصل من دخول
 المنكبين فى التقعير قليد جهلة الممارسين الذين لم يستحسنوا فى جذب الجنين
 الادارته على محوره وان تفعل فيه حركة استدارة جذبية زائدة السعة
 ولا ينبغي ايضا ان يؤخذ على التعاقب من الوجه الانسى لفخذ الى آخر
 ولا ان يرفع ثم يختص باستقامة من الامام الى الخلف فان مثل هذه الحركات
 عديمة النفع وتوصل الى الجزء الخفى وتظهرى من السلسلة خطرا شديدا
 من الشد والذب وانما يسامح بتجربة ذلك اذا لم يكف التأخير بانتظام على المحور
 العلوى ويصح ان يسمى ذلك بابا ذبات الزاوية او القطرية اى البذبات المتجهة
 فى اتجاه القطر المنحرف الذى يجاور فى المضيق العلوى اكبر قطر للمنكبين
 فيرفع اولاً حوض الجنين بان يجذب يبطى كما اذا اريد توجيهه لثنية اربية المرأة
 ثم يمتدح بان يوجه نحو الشق الجبى السفلى الايمن ثم يرفع ثانية ثم يختص ايضا
 وهكذا حتى ان المنكبين اللذين يدخل احدهما بعد الاخر بهذه الكيفية
 ويقبلان اعظم جزء من الحركات العنيفة التى تفعل يكونان قريبين للمضيق
 السفلى بحيث يسهل مسكهما فاذا وصل الى ذلك لزم ان يشتغل باخراج
 الذراعين

فاذا كان الجنين صغير الحجم والحوض واسعا جدا لم يحصل من مجيء الذراعين
 فى خروج الرأس الاعائق ضعيف جدا ويمكن فى الحقيقة الكف عن اخراجهما
 اما غير تلك الاحوال فانهما تتبع بقية العملية فالحزم بل اللازم حينئذ
 ان تحفضا وبعضهم امر بوضعهما على جانبي الرقبة فتعينان على انزلاق الرأس
 واتساع الفرج وتعارضان فى تضاييق الدائرة الرحمة امكان اختناق الجنين

وجهمهما ليس عظيما بحيث يمنع انتهاء الولادة ~~اي~~ يمكن هذا الرأي ليس قوى
الاساس ولا يلزم انصاب الذهن في مناقضته لانه لا يوجد الآن من يقلده
وان شذبه بعضهم ومنع ما اخترناه من هبوطهما خوفا من انضغاط الحبل
والرقبة.

والذي يستخرج منهما اولا هو الذي يكون جهة العجز واخراج الاخر اولا
يعرض لتعسر شديد واذا خرج لم يصير الذي من الخلف خالصا خلوصا ظاهرا
فالجنع ينفذ دائما بخرقة ويرفع باليد اليمنى المحفوظة من كفة في تعبير الابط
المحاذي لها حالة كون السبابة والوسطى موضوعتين على الوجه الوحشي
والمقدم للذراع الى ثنية المرفق كهيئة جبرة على العضد فبذلك يقع التأثير على
جميع الطرف اى الذراع كما يحصل على رافعة مخنية من النوع الثالث وتكون
الايهام صفرا ارتكازها والاصابع هي القوة وساعد الجنين هو المقاومة
وينبغي مدة تحرك الذراع تلك الحركة ان تنرب للجنع بحيث انها بانحناءها
تنزل على الوجه المقدم للصدر فاذا اكتفى بمسكها باصبع او اصبعين يكونان
على هيئة كلاب خوطر بكسرهما لا يكون الجذب الاعلى مفعلا بالكف
ثم اذا خرجت الذراع مدت على طول الصدر فاليد اليمنى تضع جذع الجنين على
اليد اليسرى وتذهب حتى تخلص بعد ذلك اليد المقدمة اى التي تحت العانة
تابعة القواعد التي ذكرناها

ثم ان الذراعين في بعض الاحيان بدل ان يتبعوا المخدارهما الطبيعي
بارتفاعهما على جانبي الرأس قد تلتفان الى الخلف وذلك بكيفيتين مختلفتين
الاولى ان احدهما وهو الغالب او هما معا وسيما التي من الامام تكون
بالعرض خلف الرقبة كأنهما لوقع سير القمح ودوة والكيفية الثانية انهما قبل
ارتفاعهما ابل وعند ارتفاعهما قد يتجهان الى الخلف ويتصالبان على الظهر
اسفل المنكبين وذلك قد يسبب الخلع او الكسر ويزيد في تعسرات العملية
اذا لم يعالج

ففي الحالة الاولى يتبدأ بتخليص الذراع الغير الزايفة ثم يدفع الجنع قليلا ليهمر

الرأس على الصعود وينقص حسب الامكان الضغط المتجه له الذراع الاخر
ثم يوضع الابهام وبقيّة الاصابع كما ذكرنا سابقا ويتم العمل حسبما ذكرنا لكن
يبطئ فاذا حصل من الذراع مقاومة يجرب دفعها الى اعلى القعدة
ولا يستعمل الكلاب المحفوف الذي ذكره بواس الا بعد ان لا تنفع بقية
الاجتهادات

وفي الحالة الثانية حتى ولو انتقل الساعد كله للجهة المقابلة او ارتفع الى القفا
ينبغي شبكة بالاصبع الوسطى والسبابة لينزل من اعلى الى اسفل على ظهر
الجنين وينجذب الى الخارج ويسهل نجاح ذلك غالبا ولكن قد يحتاج احيانا
لدفع الصدر بقوة الى الاعلى وان نطبع حركة استدارة واسعة في الجذع ليوصل
لذلك فاذا اتصال الذراعان على القفا حرك الجنين حركة استدارة على محوره
المستطيل ويوجه الذراع الذي يراد اخراجه اولاً لتغير العجز وذلك بصير الباقي
من العملية سهلاً

فاذا ساعدت الانقباضات الرحمية اعمال الطبيب المولد حصل من ذلك
ولا بد نزول الرأس للتفهير او اقله ان يدخل بقوة في المضيق العلوى بحيث
ان القطرين القمعدوي القمعي والجداري المزدوج يجاوران القطرين المنحرفين
لدائرة الحوض

ففي هذه الحالة اذا انزلت اليد اليمنى على مقدم الصدر والرقبة دخلت كلها
على سطحها بنصف انبطاح حتى تصل للمهبل ويبقى الابهام والاصبعان
الاخران على جانبي الزور وينبغي ان توضع السبابة والوسطى على الذقن كما قال
بورتون وفي القم كما قال بوه او على جانبي الانف او على قاعدة الجناحين كما قال
موران ليسكن الرأس في حالة ان سائه الطبيعى ويقرب للقص حسب الامكان
الطرف الوجهي للقطر القمعدوي الذقني وبعد ان توضع اليد اليمنى وضعا
مناسباً يضغط الجنين بمسطحه المقدم على الساعد المحاذي له ثم يحقق بقوة نحو
العمقان لكن بدون جذب لان المراد حينئذ هو خروج شيء من القوس العاني
ثم توصل الاصبعان او الثلاثة الاول من اليد اليسرى تحت القعدة

لتعظيمها وتمنع خروجها قبل الذقن وبما ضرورة يوضع الابهام والا اصابع وبقيمة
 اليد خلف الرقبة ويمتد حينئذ في دفع الرأس على محور المضيق العلوي
 ليعطى له زيادة اطلاق في التقدير ويسهل تحريكه حركة استدارية
 فاذا وصل الى اتصال الوجه لتقويس العجز وايصال القصدوة الى خلف
 الارتفاق العاني انتظر حصول انقباض من الرحم فتقوم المرأة بفعل بعض
 حركات عنيفة فاذا حصلت الحركات ابتداء العمل فثبت اليدان دائماً كما قلنا
 ويجذب الرأس تدريجياً على محور المضيق ويرفع مع ذلك جذع الجنين شيئاً
 فشيئاً كأنه يتقلب على خذلة الام
 فاذا لم تساعد الاعمال الشاقة من الطبيب مساعدة كافية بالاقتباسات الرحمة
 او انه لسبب ما بعد خروج المنكبين لم يعمل الرأس حركته الانشائية بل وقف
 في المضيق العلوي عسرجداً في بعض الاحيان وجدانه واعسر من ذلك خفضه
 ومع ذلك ينبغي ان تمنع الجذبات حتى يصل لانما انما تزيد في انقلابه وانما يلزم
 ان توجه اليدان الموضوعتان بالكيفية السابقة الى اعظم عمق ومن النافع
 حينئذ ان توضع الوسطى والسبابة على الحفرة النائية لانهما ان استندتا على
 الذقن او وضعتا في الفم خو طربان لا يخفض الا انك السفلى ويعرض ما عدا
 ذلك للخلع والجذب المؤلم لكن من العسر حينئذ الوصول الى هذا الجز من الوجه
 واذا وصل لذلك سيما اذا استدعى قوة شديدة فان الاصابع تنزلق وتبعد عنه
 بسهولة غريبة بحيث يغلب مشاهد الاضطرار لتثبيتها على الجزء الاكثر
 تحركاً من الوجه والاقبل تحملاً للقوة التي يلزم ان تقلب الرأس فمن اللازم حينئذ
 تحريض فعل الرحم او العضلات البطنية ومن حيث ان الحركات القوية من
 المرأة تلزم الفرع المقدم اي الذقن من هذه الشبهة بالرافعة التي هي الرأس
 في نزولها ولا فادى جذب ينفع في الفك من اعلى الى اسفل يصير حينئذ قوى
 الفعل واما الحركات القوية التي يفعلها المولود في الجذع فانها لكونها تنتقل على
 الخصوص من الجانب المقصدوة تميل بالطبيعة لان تنج عكس ما يراد اناته
 فمن اللازم ان لا يجذب الا الوجه سواء كان مع ذلك انقباضات رحمة ام لا حتى

يكون القطر القمعدوى القمى للرأس مجاورا لاحد اقطار الخوض
ثم ماعدا انقلاب الرأس يوجد هنا ايضا خطر آخر يعوق العمل وذلك
ان الوجه بدل ان يلتفت الى الخلف واليسار او الى اليسار باستقامة يمكن
ان يلتفت الى الامام كثيرا او قليلا او الى الخلف بالكلية فتلتوى الرقبة على
نفسها في هذه الحالة يكون جذب المذع خطرا فيلزم قبل استمال الجذب
دفع الصدرين **ك** كل وجهين باصابع اليد اليمنى ثم يمسك الذقن ويخلص
من انقباضه كوجه نحو الارتفاق العجزى الحرقفي حالة كون اليد اليسرى
مستندة على الخطة لتعين على حركة الاستدارة ثم على انثناء الرأس كله ثم يفعل
كما سبق ويصح ايضا بل يكون جيدا حينئذ ان يجتمد في انقلاب القمعدوة
من اعلى الى اسفل بحيث تنزل اولا كما تفجع ذلك في بعض مشاهدات وكذلك
مدحوا وضع جفت الولادة متى وقف الرأس في المضيق العلوى
وينبغي في هذا الزمن الاخير من العملية ان ياتيه ايضا التنفس الجبين فاذا ظهر
ان استخراج الرأس لا يتم بسرعة كان من النافع خفض اللسان مع خفض
الفك باصبع او اصبعين ليعرض دخول الهواء في الرئتين **ك** كما اوصى
بذلك بعضهم

(المبحث الثانى)

(فى القلب القدى فى الوضع القمعدوى الحرقفى الايمن)

يصح فى الوضع الثالث والسادس لو دلوا ان تستعمل اليد اليسرى بمسولة
كمسولة اليمنى غير ان المختار هذه الاخيرة لانها تقتضى انتهاء الولادة بالوضع
الاولى للقدمين الذى يظهر انه احسن من الثانى ولانه يسهل العمل بها اكثر
من الاخرى فسواء **ك** كانت القمعدوة مجاورة للعانة او العجز او التجويف
الحقى او الارتفاق العجزى الحرقفى الايمن وتوجه اليد اليمنى فى الحالة الاولى
منبطحة وفى الثانية منكبة وفى الثالثة بنصف انبطاح وفى الرابعة بنصف
انكباب واجهاهما على الصدغ الايسر وبقية اجابها على الوجه والصدغ
الاخر فبذلك تصانق تلك اليد الرأس وترفعه فى محور المضيق العلوى وتدفعه

فحو الحفرة الحرقمية اليمنى ثم تستولى على اذن تلك الجهة لتكون في حالة انبطاح
وتصل اليه لمهم اقرب الحافة الكعبرية للسبابة فبذلك يمكنها ان تنزلق على طول
الجانب الايمن للجانبين وتمسك القدمين بانقلابهما في حالة انكباب وتقل جميع
مناطفه اليد اليسرى في الوضع القمعدوى الحرق في الابر

(الفصل الخامس)

(في التحويل القدي في اوضاع الوجه)

اذا جاء الوجه اولاً لم تختلف العملية اختلافا محسوسا عن ما يعمل لاضاع
القمة فتدخل اليد اليمنى متى كان الذقن ملتقيا الى اليسار والالمام او الخلف
او تقول بوجه اعظم بل اصع ايضا تدخل اليد اليمنى متى ظهر ان دفع الجهة فحو
الحفرة الحرقمية اليمنى اسهل من دفعها للجهة المقابلة لها وتدخل اليد اليسرى
في الاحوال الخالفة لذلك ولما كانت اوضاع الوجه في الحقيقة هي عكس اوضاع
القمة كانت اعمالها كما عملها نهيته انه في مسك الرأس بدل ان توجه راحة اليد
للجهة توجه اولاً للذقن والوجه والذي يرفع ويدور قبل ان يقتش على الرجلين
هو مقدم العنق اكثر من الجمجمة والذي يلزم الاحتراس عليه هو العينان
والاذن والقم بدلا عن الدروز واليدوا فيخ

(الفصل السادس)

(في التحويل القدي في الاوضاع الزائفة للجمجمة)

الاضاع الاخر المنحرفة اعنى اوضاع الصدغين او الجهة والجزء الخلفي
للقمعدوة اذ لم يمكن اولا ارجاعها الى الاوضاع المجاورة لها من اوضاع الجمجمة
او الوجه تدخل في اوضاع الجذع فتقول هنا امامن خصوص الصدغ فانه
اذا كانت القمعدوة ملتقاة الى اليسار والالمام استخدمت اليد اليسرى لتقبه
بعيدا جدا الى الخلف فتعاني الجهة كما قلنا فيما قبل فان كانت ملتقاة
الى الخلف دفعت اليد اليسرى الصدغ كما واجهت في ان توجهه الى الامام
قليلاً واليد اليمنى تفعل ذلك كما اذا كانت القمعدوة مجاورة للنصف
اليمنى من الخوض

واما من خصوص الجهة التي تتخذ حالة متوسطة بين اوضاع الوجه واوضاع
القمة فتستدعي ايضا اليد اليسرى متى كان الوجه ملتفتا الى اليمين واليد اليمنى
في الحالة المخالفة لذلك

واما القمعدوة الداخلة كلها في الفوهة فانها تستدعي اليد اليسرى اذا كانت
اليوافخ من اليمين واليد اليمنى في الاوضاع التي بعكس ذلك فتنفذ اليد بنصف
اتسكاب على طول الجانب الايمن للعوض في الحالة الاولى والجانب الايسر
في الحالة الثانية وتجتهد في الوصول الى الجمعية اواقله لقمتها فتعانقها لتدفع
الرأس نحو الحفرة الحرقمية المحاذية لها

(الفصل السابع)

(في محصل التحويل القدي لاجل الرأس باختر سار)

قد نتج من الشرح الذي ذكرناه اولاه لاجل التحويل القدي لم يكن هناك
للرأس الاوضاع وثانيا ان هذين الوضعين نفسيهما لا يختلفان في شروط
الممارسة الا في كون احدهما يستدعي على الخصوص اليد اليمنى والاخر اليد
اليسرى وثالثا انه يكفي ان تحول لليد اليمنى القواعد والاصول التي ذكرت
لليد اليسرى ورابعها ان جميع اعمال الرأس ترجع في الحقيقة الى عمل واحد
ولو ذكر التضاعف في العمل للزم بالضرورة الدخول في تكرار مقلتي غير نافع
متعب لحافظة التلامذة

(الفصل الثامن)

(في التحويل القدي في وضع الجذع)

ربما شك عندما يكون الحوض جديا التركيب في ان جذع الجنين قد يكون
موضوعا بحيث يكون الرأس ملتفتا الى الخلف وبمعبر اذراك مثل
هذه الظاهرة لكن من الغلط التمسك بمثل ذلك الشك بالنسبة للجزء المتقدم من
الدائرة الحوضية لان العاتين اكثر تقدما من الزاوية الجوزية الحرقمية
والجدران الرخوة للبطن يسهل قوتها وانقهر الخلفي للارتفاق العاني كالبروز
الفقرى لا يدفع الرأس على جوانب الخط المتوسط وانما يسمح له بان يثبت

باسم إقامة من الامام وقد شوهد هذا الوضع الاخير كثيرا فن ذلك قال المؤلف
اتفق اتي شاهدته في أمر أم ولدت ثلاث مرات على وفق العادة بدون حصول شيء
مخصوص ثم في الولادة الرابعة مكثت جملة ايام في الطلق وتحققت السلامة
المباشرون لها عندى مع الانتباه ان المنكب الايمن في القهوه واستشعر مع ذلك
من خلف جذران البطن الرقيقة جدا بالرأس من اعلى الارتفاق العاني
وامامه وحيث كانت هذه الاوضاع فادرة ولا تغير القواعد الرئيسة للعمل
تعمل فيها كما فعلنا في الرأس وهوان نرد جميع اوضاع الجذع الى وضعين رئيسين
احدهما جانبي ايسر يمتوى على الاول والرابع لمجرير وقابرون ودوجيس
ولشيسيل وثانيهما جانبي ايمن يرجع اليه الثاني والثالث لهؤلاء المؤلفين
ومهما كانت اليد التي يقع العمل بها في مجي الجانب مثلا فالرأس تارة يكون
قريبا للخط المتوسط المقدم للعرض وتارة للخط المتوسط الخلفي فاذا اريد
مسك الجانبين من المسطح الخلفي للأطراف الحوضية اى الرجلين لزم ايضا
توصيله الى الوضع الاول للقدمين باليد اليمنى والى الثاني باليد اليسرى فمن
حيث انه يلزم دائما ارجاع الجذنين الى ما هو اقرب حسب الامكان للوضع
المستعرض يحصل زيادة تسر في الاحوال التي يكون فيها ابعده عنه ويقل
التعسر في الاحوال التي يكون فيها اقرب له ومع ذلك ليس هنالك في الحقيقة
اختلاف ولا يعلم الاهتمام بما نشاجر فيه المتأخرون من لزوم اختيار الاوضاع
الرأسية المقدمة او عدم اختيارها

وقد ذكرنا لك الاوضاع التي اخترناها واولها وانها هي الممكنة وهي الجهي
بالمسطح المقدم والجهي بالمسطح الخلفي وان كانت كلها في الحقيقة تستدعي
الاعمال التي تستدعيها اوضاع الاقسام الجانبية من الجسم وانما نذكر فيها
هنا بعض كلمات فنذكر على التعاقب اوضاع الجانب والمسطح الخلفي
والمسطح المقدم مع الانتباه على ان تشيع الكلام في الاوضاع التي يلزم ان يرجع
اليها اغلب الاوضاع الاخر

(المبحث الاول)

(في التحويل القدي في وضع المنكب والجانب)

اذ اتينا في ذكر هذه الاوضاع انتظاما عدديا وقفنا في اختلاط عظيم كثيرا ما تقع فيه التلامذة بسبب اختلافهم في دراستهم باختلاف المؤلفات التي يدرسون فيها فلعدم الخروج عن اوضاع الجذع نقول ان الرأس يكون من الامام في الوضع الاول على رأى بودلوك ومن الامام واليسار على رأى مجريير ومن اليسار باستقامة على رأى غرديان وحيث كانت طريقة العمل في الجميع اتفافية اصطلاحية وليس هناك ما يمنع تسمية طبيب له بالوضع الاول اذا وجدته مناسب او آخر بالوضع الثالث اظن انه يصح ان تحصر جميع انواع الجحى بالمنكب في الوضع الرأسي العاني او المقدم والرأسي الفقري او الخلفي والرأسي الحرقفي الایسر والایمن وذلك كله حذرا من الالتباس ولاجل رجوع التقاسيم الكثيرة التي تعاقبت في فرنسا من زمن سالريس الى الآن الى تقسيم صحيح ولنجعل ذلك في مطلبين

(المطلب الاول)

(في عملية التحويل القدي اذا جاء المنكب الایسر)

نذكر ان وضعين يشتملان على هذا المنكب بحيث اذا جاء يكون الجنيح على احد هذين الوضعين وافهم ذلك في نظيره عما يأتي في الاول الوضع الرأسي الحرقفي الایسر * الرأس الموضوع في هذا الوضع من اليسار يمكن ان يقف اعلى الثقب تحت العانة او على الارتفاق العجزي الحرقفي او في الحفرة الحرقفية نفسها ومن حيث ان هذه الاشكال تنسب للاصناف الجسورة لها من اوضاع القمة ينبغي ان يعمل فيها كما في الوضع القمعدوي الحرقفي الایسر ثم ياتي ان الذي يدفع هنا الى الداخل هو المنكب بدل الرأس وبديل ان يوضع الابهام والاصابع على الصدغين توضع على الظهر ومقدم الصدر في الحقيقة لا يمتثل التحويل هنا عن التحويل في القمة الا في كون الرأس رفع او اقلب وان الزمن الاول من العملية يحصل طبيعة بنفسه

فتدخل اليد اليسرى ويرتكز بالابهام على الوجه المقدم من رمانة المنكب
او من القص وبقية الاصابع تراق خلف الكتف او الصدر والخصر يبقى ملتفتا
نحو القمعدوة والطفل ولاجل موافقة هذه القاعدة ينبغي ان توجه اليد بنصف
انبطاح او منبطحة بالكفة او منكبة انكبأيا كليا او جزئيا على حسب كون
القف اقل او اكثر قريبا للار تفاق العنق او الزاوية العجزية الفقرية او الحفرة
الحرقفية وبعد ان يرفع المنكب مع الاتقاء لدفعه حينئذ الى الخلف حتى
ان المسطح المقدم للجذنين يلتفت الى الاسفل قليلا بحيث تدفع الرأس نحو وسط
الحفرة الحرقفية اذا كان في الابتداء بعيدا جدا عنها وذلك يستدعي غالبا
انضمام الحركات العنيفة لليد التي تضغط بالمناسب على الخشلة مع حركات
اليد التي تعمل عملها في جوف الرحم ثم بعد ذلك تترك الابهام القص وتذهب
حتى تكون على جانب السبابة واما الباقي من العملية فهو كما ذكرنا في الوضع
القمعدوى الحرقفي الایسر فاذا كان الرأس من الامام بالكفة او قريبا
كثيرا او قليلا للتجوير الحق الايمن جازيا ايضا ان يفعل كما سبق نهايته انه يلزم
لاجل معاينة المنكب ادارة اليد بحركة انبطاح قهري وبعد رفعه ساله ينقل
الرأس من اليمين الى اليسار نحو الحفرة الحرقفية بقدر ما يمكن ويكون انما تأثير
على الخصوص بالابهام الموضوع بالضبط على القص.

فاذا كان الرأس اقرب جدا للخط المتوسط الخلفي اعنى في الوضع انظهري
الحرقفي الايمن لم يمكن اتصاله للطرف الايسر من القطر الكبير الحوضي الا بعسر
لان الذي يتقاد لذلك حينئذ هو الصدر وحده واما الرأس فيبقى في وضعه
الاولى فلاجل قهر هذا التعسر ينبغي مدة كون الابهام والسبابة حافظتين
لجزء العلوى من الصدر بسط بقية الاصابع حتى تصل الى القمعدوة وتخدم
بذلك لدفع الرأس من الخلف الى الامام ومن اليمين الى اليسار كانه يراد من حخته
من القمعدوة الى الذقن

الثاني الوضع الرأسي الحرقفي الايمن * العمل غالبا يكون في هذا الوضع اصعب
مما في الوضع السابق لانه لا يمكن اتمامه الا بشرط ان يفعل اولا وضع رأسي حرقفي

ايسر ويحول الى الوضع الجانبي الايمن ففي كلا الحالتين يلتزم الطيب ان يطبع
في الجنبين حركات واسعة بحيث انه يادى انضغاط يحصل له في الرحم تكون
حياته معرضة في الغالب لخطر ثقيلة فالمناسب هنا توصيل الرأس للقوطة
ليوضع بعد ذلك جفت الولادة وذلك احسن من عملية التحويل بالتقدمين

وعلى كل حال اذ لم يعض من سيلان المنياء الا زمن قابل ولم ينفجر القرن ايضا
ولم يزل في الجنبين بعض تحرك فالاحسن اصال الجنبين الى الوضع الظهري
المعزى او الظهري الحرقفي الايسر ويمكن الوصول لذلك بكيفيتين فاذا لم يكن
الرأس اقرب للارتفاق المعزى الحرقفي منه للتجوير الحق الايمن امكن
بإدارة اليد منبسطة معانقة المنكب كما في الاحوال السابقة اي بحيث تستولى
اليهام على القص ممددة كون بقية الاصابع باقية خلف الصدر الا انخصر
فتذهب للرأس فحينئذ تدفع القمة الى الامام برفعها شيئا فشيئا ثم تأخذ اليد
في التقرب للانكباب شيئا فشيئا ممددة سير العملية كلما قربت القمعة لجانب
الحفرة الحرقفية اليسرى

فاذا عسر جدا اجتياز اليد هكذا من اليمين الى الشمال اعظم سعة من النصف
المقدم من دائرة الحوض الى الطرف الأيسر من الجنبين امكن بعد رفع المنكب
والرأس اعلى عن العاتنين ان يذهب بها حالا لتعاق بقدمي الجنبين او ركبتيه
تابعة الجانب الايسر ففي مسكت الرجلان فان تكييف الجنبين يقهر الرأس
الذي اندفع قبل ذلك بالساعد الذي في الرحم على ان يرتفع حتى يكون في قعر
الرحم لكن ينبغي في هذه الحالة غاية الانتباه في ان المسطح الظهري للجنبين
الايحاور المسطح الخلقى للرحم

فاذا كان المنكب مهيبا بحيث كان الرأس على اعلى الارتفاق المعزى الحرقفي
اعنى في الوضع الثالث لم يرياوا قرب ايضا للزاوية المعزى الفقرية فان اليد
اليسرى التي ادخلت منكبة انكبابا قهرا يمكن ان تجتهد في رفع المنكب
وتمر بالرأس من الارتفاق المعزى الحرقفي الايمن الى اعلى الارتفاق المعزى
الحرقفي الايسر وهذا العمل وان كان فيه في بعض الاحيان بعض منهولة

أكثر من السابق إلا أنه ربما قلنا أكثر خطر انظرنا إلى أنه قد نثر في الأصبعان
أو الثلاثة الأخيرة بقوة على القعدة مدة كون الإبهام والسبلة قد دفعا
الجزم العلوي من الصدر خفيف من حصول خطر بذلك وهو أن ينح من هذا
العصل انقلاب الرأس على الظاهر عند الاحتياط في إزالته عن محله

فإذا انجبرت الأغشية من زمن طويل وكانت الرحم منقبضة جدا ولا يمكن
تحريك الخنثى اليسرى لزم اختيار عمل ثالث حيث تدل بهما ~~كان~~ جيداً
الاستعمال أيضاً في الأحوال الأخرى وهو أن يدفع المنكب باليد اليمنى
من الخلف إلى الأمام كأنه يزداد أداة المساعدة على محورها ثم يجتهد
في الاستيلاء على الجانب الأيمن بأن تراق اليد على مقدم الصدر مع كون اليد
اليسرى قلب للرحم بقوة إلى الخلف ثم تمسك القدمان واليمين منهما ولا يعلل
بذلك إلى الوضع الأول

والحاصل أن جميع أوضاع الجانب اليسرى يمكن عملها باليد اليسرى مع الاتي
إلى أن الإبهام يلزم أن يكون مجاوراً للمسطح القصى وبقيّة الأصابع للمسطح
الظهري والحافّة الزندية من اليد لرأس الخنثى وأنه قبل التفتيش على القدمين
ينبغي أن يتعمد على دفع القعدة حسب ما يمكن نحو الحفرة الحرقية اليسرى
وأما جميع ما ذكره من مفرقة لعمل المسطح الجانبي اليسرى فليس ينبغي على الطبيب
للمارس فلذا أراد أن يستعمل يده اليمنى كما فعل أولاً بقصد دفع المنكب اليسرى
ليدرك بسهولة بعد ذلك المنكب الأيمن والجانب الأيمن فهذا الإشك أنه داخل
في وضع المنكب الأيمن الحقيقي الذي سفت حكم عليه على الآخر

(المطلب الثاني)

(في عملية التحويل إذا جاء المنكب الأيمن)

جميع ما قلناه في أوضاع المنكب اليسرى يقال مثله في أوضاع المنكب الأيمن
فلا حاجة لإطالة الكلام بإعادته غاية ما نقول أن اليد اليمنى هنا تتم ما قلناه
قريباً في اليد اليسرى وأن الرأس من يدفع هنا نحو الحفرة الحرقية اليمنى قبل
المنحدر إلى القدمين وأنه يتم الأمر بالوضع الأول لا بد من أن لا يأتى وبهذا

ذلك كله يكتفى لعدم الاحتياج الى شرح مخصوص لاوضاع المنكب ان يعرف
ان اليد اليمنى تذهب دائما الى الجانب الايمن واليد اليسرى الى الجانب الايسر
وان الاصابع في جميع الاحوال يلزم ان تكون مع الجنبين على الجوارب التي
ذكرناها فيما سبق

ومع ذلك فاذكر ان هذه القواعد لا يصح ان تكون مطلقة لازمة
وانما مرقمات نصير العملية اسهل وانه يمكن تنويعها بكيفيات كثيرة فهي على
الخصوص نافعة لنسبان الممارسين الذين لم تطل مدة ممارستهم فيحتاجون
لبعض معارف تخرجهم من ظلمة تيه الممارسات وان في الاحوال التي تدخل
فيها اليد في الرحم قبل انفجار الاغشية سواء جاء الطفل بالجانب الايمن او الجانب
الايسر وفي اى حال كان وضع المنكب يمكن وصول اليد سواء اليمنى او اليسرى
باستقامة الى القدمين مع السهولة

(المبحث الثاني)

(في التحويل القدي في الجهي بالقص)

يكون للجنبين في الجهي بالقص ثلاثة اوضاع
الاول الوضع الرأسي العاني المشتمل على القص * وهذا الوضع يمكن في الحقيقة
دخوله في الوضع الرأسي الحرقفي الايسر كما يدخل ايضا في الوضع الرأسي الحرقفي
الايمن لكن الاولى ارجاء لهذا الاخير لكونه ينتهي بالوضع الاول للقدمين
والثاني الوضع الرأسي الحرقفي الايمن المشتمل ايضا على القص * ينبغي احتيافا
اليد اليمنى فتوجه منبطحة اذا كان الرأس من الامام ومنكبته اذا كان من
الخلف وبين هاتين الحالتين اذا كان من اليمين بالكليية ويلزم باى كيفية كانت
دفع الجزء الذي دخل في القوهة الى ان يصير جذع الجنين مقعرا في مسطحة
القدم لا محذبا ثم يجتمع في الوصول الى المنكب الايمن الذي توضع خلفه الاصابع
وتبقى الابهام على الوجه المقدم للصدر وبعد ذلك لم يكن هنالك الامر بجهة
القطر الاخرى المزدوج بلطف بان يفعل فيه ما يفعل في رافعة من النوع الاول
يكون صفرا رتسكازها هو الابهام وقوتها هي الاصابع فاذا فعل ذلك لم يختلف

الوضع في شيء عن الوضع الموافق له من الجانب الايمن وبقية العمل يكون كما سبق فيه
 الثالث الوضع الرأسى الحرقى الايسر المشتمل ايضا على القص * تفعل اليد اليسرى ما فعله اليمنى في الوضع الآخر المقابل لذلك فتدفع الصدر وتعاين المنكب الايسر وتخفضه قليلا وتقرّب الرأس البصرة الحرقية اذا كان بعيدا عنها فينال بذلك وضع ظهري عجزي للمنكب الايسر وبقية العمل يكون كما سبق

(المبحث الثالث)

(في التحويل القدي في الجبى بالظهر)

يكون للجنيين في هذا الجبى وضعان
 الاول الوضع الرأسى الحرقى الايمن * اذا كان الرأس من اليمنى او الامام او الخلف في الاوضاع الظهرية تستعمل اليد اليمنى كما في اوضاع القص على حسب القواعد المذكورة هناك فيوجب ذلك توجه نصف انكسباب او منبطحة او منكبة بالكلية على حسب كون الرأس ملتفتا الى اليمنى او الامام او الخلف لكن بحيث تراه الامام دائما امام المنكب الايمن والصدر وبقية الاصابع تبقى على المسطح الظهري فينبغي اولا ان يخفض هذا المنكب ليصعد المنكب الآخر ثم يدفع بان ينزل منزلة ذراع القوة تراخية قليل لان تحرك الابهام وتلزم الجنيين بان يلتفت على محور الكبير حتى ان وضع الظهر يتحول الى الوضع الموافق له في الوضع الظهري العجزي للمنكب الايمن

وهذا الحركة تستدعي كثيرا من اللطف لان الرأس اذا لم يتبع الحركة التي لطيفت في الجذع خشى غرق الخاع العنقى او برمه بشدة في الزمن الثاني من العملية فيعصر حسب الامكان من الوقوع في هذا الخطر العظيم بدفع الصدر بعيدا الى الخلف والا على بحيث يعطى لتقوس المسطح المقدم الجنيين عن عظم او يمسك الرأس نفسه اذا لم يقهر الوجه على التفاته الى الامام والاسفل

الثاني الوضع الرأسى الحرقفى اليسرى اليد اليسرى تمسك الطرف الايسر
للقطر الاخرى المزدوج والاصابع تكون على الظهر والايهام امام المنكب
الايسر والقص والحافة الزندية ملتفتة الى جانب القمعدوة وفي مدة دوران
الجذع على محوره القمعدوى العصصى يجرب جذب الرأس فى هذه الحركة
وتقريبه للحفرة الحرقفية اذا كان ذلك لازما وبالاختصار تفعل اليد اليسرى
هناك ما تفعل اليد اليمنى فى الاوضاع المتعاقبة لذلك فتفعل فى اوضاع الظهر
ما فى اوضاع الجانب الايسر وتتم العمل بالوضع الثانى من اوضاع القدمين

(الفصل الثامن)

(فى التحويل القدى فى الجهيء بالحوض)

الاعمال التى تفعل فى اوضاع الحوض ترجع تقريبا فى آخر العمل الى زمن
الاستخراج من عملية التحويل فى اوضاع الرأس والجذع فذلك يكفى ان يزيد
هنا بعض كلمات على ما قلناه فيما سبق لاتمام ما يخصنا هنا
فهو وان امكن استعمال اليد اليمنى بسهولة فى جميع الاوضاع المناسبة للانتهاء
بالوضع الاول للقدمين ولا تستعمل اليسرى الا فى الاوضاع المتعاقبة لذلك
الان الاحسن هنا العكس فيمكن باليد اليمنى فى جميع الاوضاع الظهرية
الحوضية اليمنى دفع احدى اليمين اوهما معا نحو الحفرة الحرقفية اليمنى
وتصيير الاوضاع المحركة اوضاعا مركزية ومسك الطرفين اى الرجلين
من قسمهما المقدم بدون ان يضطر لاختهية متعبة واما اذا استعملت
اليد اليسرى فلا ترفع بها المقعدة الا يسر ويسر حينئذ الوصول للقدمين
لكونهما بعيدتين عن الفوهة واذا استعملت اليد الهاذية لجانب حوض الام
الملتفت نحو عقبا الجنتين عند نزولهما فتصير الانكباب لليد يجعل الوجه
الراسى للاصابع من الام والجانب فيوجب ذلك يمنع ظهر الجنتين عن ان يتجه
نحو جانب الارتفاع العجزى الحرقفى بل يلتفت نحو التجاوب الحقى ويتأنى
الجذب ايضا بالقوة التى تستدعيها الاحوال ولا تنال هذه المنافع اذا وضعت
اليدان بعكس ذلك ومتى اريد الانتهاء بالوضع الاول للقدمين اعنى اذا كان

المسطح الظهري للجنين ملائمتا نحو يسار الحوض او نحو العانة باستقامة
او العجز اذ دخلت اليد اليسرى اما في الاحوال المخالفة لذلك فتختار اليد اليمنى
وفي هذا الفصل مجتبان

(المبحث الاول)

(في التحويل القدي في اوضاع القدمين)

يعبر قبل اعتبار الاغشية ان تميز اوضاع القدمين عن اوضاع المقعدة فلا يلتفت
لها الا بعد هذا الانعبار فيمكن ان يدعى الطبيب في حالتين من المهم عدم
اشتباههما احدهما ان لا يخرج القدمان من الفرج وثانيهما ان يخرج البذع
كل اوب. وضاف في الحالة الاولى اذا جاءت القدمان مع القوة او كانتا في المهبل
صكفي مسكهما ووجدتهما المتدسا فان والفخذان حالا وتصل الحرقفتان
بسرعة الى المضيق السفلي فاذا لم توجد الارجل واحدة فعلى بعض اعمال
لتوجد الاخرى ولا يعبر ذلك الا فادرا فاذا لم يوصل لذلك لزم ان تتقضى الاولى
وتثبت بواقعة عروة شريط ويختم جانبها الانسى ليذهب منه ويقش على
النسائية التي يمكن ان توجد منقلبة نحو المقعدة او منثنية على البطن مع الساق
والفخذ

وفي الحالة الثانية لم يقدر وجود الرجلين شيئا مخصوصا وما عليك الا جذب
الاجزاء المختلفة التي لم تزل محوية في باطن الام. كما ذكرنا ذلك في الكلام على
التحويل في اوضاع الرأس وهناك احترام مهم في جذب الجنين برجليه
وهو انه عند جذبه في الوقت الذي يتقدم فيه الرأس من المضيقين يمكن
ان القعدة تلتفت نحو جزء من النصف اقدم للآثرة الحوضية والانتباه
لذلك سهل لا يخفى على النبيه اذا ذهب ليقش على القدمين في مجيء بالرأس
او البذع اما اذا جاء الحوض بنفسه للمضيق العلوي فلا يكون الحال كذلك
لانه يمكن قبل مجيء الطبيب للمرأة ان يكون احدهما من جذبات في حملها
باتجاه ردى او قبل او ان لزومها وقد تنجبه الحرقفتان ايضا قبل مجيء الطبيب
الى الوحشية والوجه الى الامام

ووضع القدمين اذ كان المسطح الظهري للجنين متجهها الى الخلف يحصل منه
 ثلاثة احوال مختلفة احدها ان تكون القدمان في المضيق العلوى او في المهبل
 وثانيهما ان لا تكون الولادة التي تركت ونفسها مضاعفة بعوارض اولم يتحقق
 منها لزوم مساعدتها باليد الا اذا خرجت الاطراف الحوضية اى الرجلان
 بل والحرقفتان قبل ذلك وثالثهما ان يكون جرب التحويل في وضع تامين
 اوضاع الرأس او الجذع فوصلت القدمان لكن لم تلتفت القصدوة الى الامام
 ففي الفرض الاول يلزم بعد مسك الحاقين على حسب القواعد المذكورة
 قريبا ان يجرب توجيه الظهر او لا فهو الارتفاق الهزى الحرقفي او الحفرة
 الحرقفية ثم نحو التحويل الحاقى وفي عمل كل جذب اذا قربت الحرقفتان
 ثم مضيق العجانى يسكان باليدين الممتدتين مع ذلك على الوجه الوحشى للفتح
 وفيما بين كل وجهين يدفع جميع الجذع كانه يراد صعوده اعلى عن المضيق
 العلوى متى وجدت الرحم ممتدة تمدها وقتيا ومهددة بالانقباض يجذب
 الحوض دفعة ويجتهد مع ذلك في ان يفعل يبقية جسم الجنين حركة استدارة
 على محوره قال بودلوك فهذه الكيفية تعظم الرحم اولاً ومن حيث اتساق فتجد
 في نضر يفها بسرعة فتنبأها بذلك فلا يمكنها ان ترجع على نفسها سريراً
 لينزع الرأس عن ان يتبع حركة الدوران المنطبعة في بقية الجذع ويجدد هذا
 العمل ثانياً وثالثاً الى عشر مرات او خمس عشرة مرة على حسب الحاجة حتى
 ان الوضع المقدم يبدل بالوضع الخافى او يعلم عدم تسر هذا الابدال فاذا انجح
 ذلك لم يبق هناك تسر اصلاً ويكون العمل كعمل وضع القدمين عموماً لكن
 سيأتى لنا قريباً ان بودلوك غلط في ترجيح هذا العمل
 فاذا ايس من الخبايا ينبغي الصبر حتى يأتى الوجه من الاعلى فينبذ بضاعف
 الا تراس لمنع الذقن من ان يبعد عن الصدر وينبغي ان تخرج الذراعان
 وتخرج الخلفية منه - ما اولاً بان يجذبها من الخلف الى الامام ومن الرأس
 نحو الصدر ثم بعد ذلك حالاً توجه اصبعان او ثلاثة من كل يد نحو طرفي المهور
 القصدوى الذقنى ويجتهد في دفع الرأس ورفعه ليزيد خلاصه ثم يفعل فيه

حركة استدارة بها يتجه الوجه شيئاً فشيئاً الى الخلف فاذا فرض عدم امكان
ادارة القعدة كما ذكر يجذب المنكبان والصدر بان يقلبا الى الخلف
لا الى الامام بحيث يخرج الذقن والجهة واليوا فيخ قبل القعدة فاذا لم تنفع
هذه الجذبات لزم وضع جفت الولادة

وفي الحالة الثانية مادام الرأس لم يصل الى المضيقين ينبغي ان يفعل ما يفعل
في الحالة الاولى اى انه يلزم دفع الجنين متى اريد ان يطبع فيه حركة استدارة
نهائية ان توقع نجاح ذلك نادر

وفي الحالة الثالثة لا يتفق هذا العمل فيمكن اهماله واخراج الذراعين حالا
اذ لم يخرج قبل ذلك وبعد ذلك يتبع في الرأس الوصايا التي ذكرناها قريبا
فتوجه بعض اصابع نحو الذقن الذي يجتهد في ادارته من اليمين الى اليسار مدة
كون اليد الاخرى تفعل دفعات على احد المنكبين او على القعدة لتعين على
الاستدارة التامة للرأس والجذع وهكذا

(المبحث الثاني)

(في التحويل القدي في وضع المقعدة)

واذا علمت ان المجيء بالركبتين لا يحصل منه بالنظر لذاته تعمير في الولادة
ولم يغير شيئا من القواعد السابقة ولا من اعمال الممارسة وانه يكفي اصبع او بعض
اصابع لاخراجهما ولان يعطى لهما وضعا منتظما اذا كانتا في المهبل وان هذا
الوضع غير داخل في وضع المقعدة علمت انه يسهل دائما رجوع وضعهما الى اوضاع
القدمين فلا حاجة لتخصيص هذا المبحث بفصل مخصوص وانما نشرع حالا
في وضع الاليتين

فاليد اليسرى هي المختارة في اوضاع المقعدة كما انها كذلك في اوضاع القدمين
حتى كان الظهر ملتقيا كثيرا او قليلا الى اليسار وتختار اليد اليمنى في الاوضاع
المقابلة لذلك فالجنين من حيث انه منثنى على نفسه وفخذه وساقيه مرتفعات
على بطنه فاذا خرجت الحرقفتان من الفوهة ونزلتا في التقعير او في المضيق
الاسفلى تمسك الاربية الملتقبة الى الخلف باصبع او اصبعين حالة كون ابهام

ذلك

ذلك اليد موضوعا على الوجه الوحشي للخرقة المقدمة فاذا احصت مقاسمة
كان من النافع ابدال الابهام باصبع او اصبعين من اليد الاخرى فاذا لم يكف
ذلك ايضا ادخل الكلاب المحفوف فاذا كانت الاليان متقدمتان ولم يمكن
دفعهما لاجل الذهاب للقدمين ولا جذبهما بالاصابع ادخل كما قال بوه عروة
شريطا على الاربعتين مع كلاب محفوف مشتب لكن وضع هذه العروة وقوة
فاعليتها اقل سهولة وتأكيدا من ادخال الكلاب نفسه ومتى خرجت
الحرقتان من الفرج كان الغالب سهولة مد الاطراف الى الرجلين وما بعد
ذلك فكالولادة بالقدمين * ويلزم الاجتهاد دائما في مسك القدمين اذ لم تتميز
الاغشية ولم تنزل المقعدة نزولا تاما بحيث لا يمكن دفعها الى اعلى المضيق
العلوي وكان الجنبين منبثيا الى مقرضا

ولاجل دفع الاليتين توجه اليدين تحتها على الوجه الخلفي للفخذين وتوضع
الابهام على الخرقة المقدمة وبقيّة الاصابع على الخرقة الاخرى المقابلة لها
او يكتفى اذا كان الجنبين زائدا التحرك والارتفاع بوضع الابهام تحت حجة
واطراف الاصابع تحت الحجة الاخرى ثم يدفع الحوض نحو الحفرة الخرقية
المحاذية لليد العاملة وباتزلاق اليد على الجانب الوحشي للرجل الملتفة
الى العجز مسك القدمان فتحقق ان ليوصل لمسك القسم المقدم للساقين وتتم
الولادة كما في الوضع المرافق لذلك من اوضاع القدمين اعنى الوضع الاول
اذا كانت اليد اليسرى هي المختارة والثاني اذا كانت اليمنى

وبالاختصار فاعمل في الحوض لا يستدعي الادلالتين مخصوصتين احدهما
جذبهما بالاصابع او الكلابات اذا نزل جدا ليكن دفعه الى الداخل وثانيتهما
تغييره عن محله اذا امكن لتمر القدمان اولاف في الحالتين اذا وقع العمل بيد
واحدة ملتفة راحتها كانهما تريد الانزلاق على بطن الجنبين وصدره فان المولد
لم يخرج في اهد آتيه الامساك كرو هو ان الاصابع تذهب دائما حتى تكون على
الحجة او الخرقة المقابلة والابهام على نفس الاجزاء المحاذية لليد العاملة
فاذا كانت الرجلان منقلبتي على المسطح الظهري لانهما ملتفتيت نحو البطن

لزم ان يعمل في الفخذين كما يعمل في الذراعين اذا خرجنا من المضيق السفلي
وتكون الابهام المنبثة في الارضية نقطة الارتكاز وبقية الاصابع المتجهة
نحو المابض هي القوة والركبة تلزم بان تنخفض بواسطة جذب الساق فبذلك
يلزم وصول الرجلين معا او متعاقبتين الى وضعهما الطبيعي وعلى
اي كيفية كان بحيثهما يكون نزولهما محجةتين احسن من نزولهما منفردتين
لكن اذا حصل تعسر زائد لم يكن من الحزم التدقيق في بحيثهما ما اذا خرجت
واحدة منهما كما تقدمت مثلا وكان لا يمكن تحصيل الاخرى لم يحصل من ذلك
غالب في الولادة زيادة تعسرفيت تعمل لذلك الخدبات مذ كون السبابة
والوسطى او الكلاب متجهة نحو الارضية الخلفية كما قلنا قريبا فاذا كانت
الرجل اقدمة هي الممركة وحدها اعلى المضيق كان من المهم ايضا
كما في الحالة المتعاقبة لذلك ان تجذب قرب الاخرى لان هنا لا يسهل الوصول
الى الارضية ولا سيما ان فعل الكلاب هنا غير نافع

(الفصل التاسع)

(في تنبيهات عامة في عملية التحويل)

قيل ان نتهى الكلام في ذلك نذكر ان في عمل التحويل بالقدمين ينبغي
ان يلاحظ ان الرأس لا يجتزأ في حركة استدارته على السلسلة اكثر من ربع
دائرة الا ويحصل خلع للرأس او جذب للقضاع خطر وان الرأس غالبا لا يتبع
الخدع في حركته الاستدارية وانه لا يمكن في حال من الاحوال ان يؤكد انه دار
على محوره بالتفات الظاهر مثلا الى الامام بعد ان كان اولاً لمنقفا الى الخلف
وانه بموجب ذلك في اي نوع كان من انواع العمل بخاطر يقينا بمحصول
خطأ ثقيل جدا اذا حرك جسم الجنين حركة استدارة زائدة عن ربع دائرة قبل
ان يؤكد ان الرأس تحرك مثل ذلك ولما ثبت بالمشاهدة ان موت الجنين في عملية
التحويل بالقدمين يحصل غالباً من انقطاع الدورة سواء كان ذلك من انضغاط
الحبل او من انفصال المشيمة طمنا انه يمكن التحرر عن ذلك باحداث التنفس
في الرحم نفسه فبعضهم وجه اصبعين في فم الجنين ليقتضه ثم ادخل فيه ابوية

يدخل منها الهواء واثبت فبحاج ذلك بمشاهدات وبودلوك الصغير
الذى اودى بذلك ايضا امر بقطع الحبيبل السرى وتقول ان التنفس
طبيعيا كان اوصنا عيا يسر جدا تحصيله في باطن الام وقطع الحبيبل قبل
خروج الجنين يمكن ان يحصل منه خطر فهذه وسائل عديدة الفائدة

ولا ينبغي ان تترك هذا المبحث بدون ان تذكر شيئا في كيفية بودلوك لتحويل
ظهر الجنين الى الامام وقد ذكرنا تلك ~~الكيفية~~ كيفية عنه في التحويل في اوضاع
القدمين ونهنا هنالك على انه غلط في ذلك ونذكر هنا يلى غلطه وذلك ان الرحم
اذا كانت قليلة الحصر على الجنين كان العمل بتلك ~~الكيفية~~ كيفية غير نافع
اما اذا كان الجنين محصورا فمجرد اطاقان الحركات التى تفعل عليه من الاسفل
الى الاعلى لاتصل للرأس الا لتدرا بل لا تغير الهيئة العامة للرحم بحيث لا تزيد
حركات الجنين زيادة محسوسة وسوى ذلك انه اذا لم يؤكد ان هذه الوسيلة
يمكن ان يصير دوران القعدة اسهل يكون من الواضح ان كلا من البطن
والصدر بل والجزء العنقى من السلسلة لا يتقل دائما هذه الانواع المختلفة من
الضغط واللف المعرضة لهما تلك الاعضاء بالضرورة فلعل هذا من بودلوك
اختراع عقلى لانه ناتج من المشاهدة * وذكر ميكاليس في رسالة عملها
في التحويل وفي الولادة بالقدمين التى يكون ظهر الجنين فيها ملتقفا
اظهر الام ان التيساوين اوصوابان ينتبه للجهة التى يسهل على الجنين
الالتفات اليها وان يجتهد في ان يوتى بالوجه فهو العجز فاذا كان الرأس
والذقن موضوعين تحت الارترفاق العالى لزم تغيير محل الرأس في الحال
لان انضغاط الحبيبل السرى يؤدى ولا بد لموت الجنين وهذا ايضا رأى
مورسوس ولوفرىت كبودلوك ايضا لكن قال ميكاليس وهذا التحويل
لم ينجح فعلمه حتى دائما فاقى مع عمارتى له نحو ثنى عشرة سنة لم يتيسر لي فعله
ويعرف عمره اذا وجدت الرحم عند التقطيش على الجنين منقبضة جدا
وسالت المياه كلها انتهى فاذا اجتهد في توجيه الوجه فهو العجز
لم يحصل من ذلك الفعل الادارة العمود القبرى بدون ان يحصل تأثير

على الرأس

وهذه الاوضاع الكاذبة تنشأ غالباً من اتجاه ردى أو تشوه معيب في الرحم التي هي في النساء المعلقة بطونهم مقوسة تقعرها ملتفت نحو العمود الفقري أو الجلباب الخارج وتحددها من الأسفل أو الامام ولا فرض انه يمكن اداية رأس الجنين بالتأثير على الاليتين لكن يخاف من كون الذراعين تأخذان ايضاً موضعاً غير مناسب بان تصالسان القفا مثلاً فحذاً موضعاً بين العانة والرقبة فاذا لم يمكن التأثير الا على الاليتين والمنكبين نزل الرأس غالباً في المهبل ويكون الوجه من اعلى ولذلك يلزم ان تترك الحركات العنيفة اذالم يفعل التحويل بسهولة

ويتنبى ان يحتسب ايضاً هذه العملية على امور الاول ان يحرص من ضغط الحبل السرى الثاني من الهيء بالذراعين الثالث ان ينزل الرأس في وضع مناسب فالحالة الاولى فادرة لان الحبل ينزلق الى اليمين او اليسار ولا يبقى مثبتاً في طرف الذقن وممارسة عملية التحويل هي التي تطيل انضغاطه هنا وبموجب ذلك يكتفى ان يبعد هذا الحبل عن العانة حذراً من حصول الاضرار التي تنتج من ذلك

وفي بعض الاحيان تنزل الذراعان بنفسهما اذالم يحصل الوضع بسرعة فاذا لم تنزل لازم تخليصهما بادارة الجنين على جانبه وقد ينزل الرأس في هذا الوضع بسهولة كما في غيره من الاوضاع وقد ينزل الذقن خلف احد القرعين الاقيين للعانة فينتدئ سهل التحويل الى الوضع القمعدوى المقدم والغالب انه يبقى مسبوكاً في الارتفاق غير ان الجزء المقدم من الرقبة الموضوعة على هذا الارتفاق يسمح للقمعدوة بان تنزل في المهبل فينتدئ يلتفت الوجه اولاً نحو جانب الحوض ثم نحو العجز وتكون الولادة مشابهة لتي تحصل في الاحوال الاعتيادية

والاعتراضات التي ترد على هذا الرأي هي ما سيذكر الاول قالوا ان الجنين يمكن ان يموت من انضغاط الرقبة وعدها لكن هذا الانضغاط لا يحصل على

القضية الرئوية لان الموليد يذنبه لرفع الجنين على بطن امه فالرقبة لا تبقى هنا
 الا بعض دقائق في وضع بطول ساعات كثيرة في الجيء بالوجه الثاني
 انه لا يعول على القوى الطبيعية الاتعويل لا يسيرا واجاب ميكاليس بانه متى
 استعمل الجفت في احوال شديدة بذلك نزل الرأس بسهولة بحيث كان يتأسف
 على عدم نزله ذلك للطبيعة قدسها ووضع الجفت تابعها اتجاه الرقبة ويلزم
 ان يرفع مساعد جسم الجنين اقريبا وان يكون وضع الالة تحت الجنين
 فان اعترض بان القمعدوة يمكن ان يوقفها التواء البارز يجاب بانه لم يكن
 عندنا مثال لثل هذا التعسر فيلزم ان ينظر هل الاسهل اخراج القمعدوة
 او الذقن فاذا دفع الذقن لاعلى الارتفاق تحقق دائما ان الجزء الخلفي من الرأس
 خرج عن التواء البارز

والحاصل ان في حالة التعويل او الولادة بالحوض اذا دار الطقل ادارة غير جيدة
 لا ينبغي معارضته الا اذا تحقق انه لا يحصل في العمود الفقري ولا في العنق
 التواء لان ذلك قد يحصل في هذا الوضع الكاذب واما الرأس بخصوصه
 فلا ينبغي فعل ذلك فيه لمنع حركته الكاذبة فادامت القمعدوة والذقن في ارتفاع
 واحد امكن خفض الذقن كفي الحالة الاعتيادية اما اذا نزلت القمعدوة في العجز
 فانه لا يصح دفعها ويمكن ان تتم الولادة بهذه الكيفية فاذا نزل الرأس كله
 في التواء لم يصح دفع القمعدوة الى الاعلى لانه لا شيء اسهل من تميم الولادة
 بواسطة الجفت فيلزم وضعه بحيث يكون تحت جسم الجنين قال المؤلف وهذا
 الرأي الذي نهت على جزمه فيما سبق يستدعي اقتبائه الممارسين

وعلمية التعويل في حالة ازدواج الجنين ليس فيها شيء مخصوص سوى ما ذكر
 في فصل الحمل والجنين وعسر الولادة وبعضهم اوصى حينئذ بالتحرز من اشتباه
 اغشية اجنة مختلفة لكن ليس هذا الاحتراز بنافع فان كل جنين له غلاف
 مخصوص فلا يخاف من اختلاط الاغشية الا في حالة نادرة جدا وهي ان تتزق
 اغشية الاجنة المتضاعفة معا على ان عددا لا جنة يبعدان يستدعي دائما
 في نفسه استعمال التعويل وقد ذكر لا كرواس ان امرأة في سن ثنتين وثلاثين

سنة ولدت اربعة اجنة احياهم فكان وزن الاول خمسة ارطال ونصفا والثاني اربعة وربعا والثالث ثلاثة والرابع رطلين وبعض آفاق والاربع كن مؤتمات وجئن كلهن بدون استهانة صناعية

(الفصل العاشر)

(في الهيبة بالذراع)

خروج الذراع لا يقوم منه بالنظر لنفسه وضع مخصوص وانما هو تضاعف لا وضاع اخر سيما الهيبة بالملك وبقدشوه لا يمكن على سبيل التدرة هيبة الذراعين مع الفرج وكان السبب في نزولهما معا حصول اعمال من المولد غير مناسبة وقد تزلان في بعض اوضاع الظهر او الفص وقد توجد احدهما في الفرج والاخرى تكون مضمصرة في عنق الرحم وزعموا انه قد يستشعر بهما في القوه مع القدمين ايضا بحيث ان بعض المولدين جذب مرة يد او ذراع معا وشوهه ايضا هيبة يد ورجل ووجهه معا وقد نسب البدان الرأس في المضيق العلوي واحيانا في المضيق السفلي وكما يدل في الفالب وجود الذراع او اليد على الهيبة بالملك يجوز ايضا ان يكون مضاعفا لا وضاع الرأس او الخوض وبالجملة فالهيبة بالذراع كثير المصول واسبابه هي الحركات التي تفعلها المرأة والاضطرابات التي تسببها في آخر الحمل والشكل المريب للحوض والافعال الغير المتساوية للرحم وعدد الاجنة وشوهماتهم

(المبحث الاول)

(في تاريخ اهذا الهيبة وفي الحكم عليها)

لم يكن شيء افرع عندهم سابقا من الهيبة بالذراع في زمن الطلق واستمر ذلك الى هذا القرن الاخير بل عامة الناس في زماننا هذا يظنون انه في غاية ما يكون من الخطر وسبب خوفهم من ذلك ما كانوا يظنون سابقا الى زمن لوفريت من عدم امكان الدخول في الرحم بدون ان تدخل الذراع قبل ذلك وضعف الوسائط التي كانوا يستعملونها لهذا العارض وخطرها فان بعضهم اوصى في ذلك بوضع الجليد في يد الجنين وبعضهم بقرصها او قرحها بالاصبع الوسطى

ليضطرب لذبها وآخرون اخترعوا آلات لدفع الذراع لاعلى المهبل بل لادخالها
 احيانا في فجوة الرحم وكان الغالب عدم نفع تلك الآلات ففتتح الذراع
 ويكون اتفاحها مانعا من دخولها من القوة فكافوا لاجل اسعاف الام
 يستعملون جذب الذراع حتى ان الجنين يتقاد ويأتي منتفيا او يقطعون
 الذراع من اصلها اما بنزعها من المفصل بقطعها اولها حتى تنزع فلذلك
 اوصى باريه بان تنشق اول الاجزاء الرخوة من تحت المنكب شيئا مستديرا
 ثم تستعمل السكاشة المقاطعة ليكسر بها العظم ومورسوس اوصى بليمه
 كما يفعل في اخراج فرع شجرة من الارض وبعضهم اوصى بفعل تشايط عميقة
 في الجزء المنتفخ لينقص حجمه ولائشئ من ذلك مقبول الآن فان يد المولود
 وذراع الجنين لا يلفحان حجم الرأس والذراع العظيمة الحجم لا تمتنع انزلاق اليد
 في الرحم وتوصيل الجنين حيا بل الذراعان ايضا لا تمتنعان التفتيش على
 القدمين وقطع الخارج منهما او كليهما خسارة غير نافعة قال دائما انهما
 لا تكون ابدا ضرورية ولا نافعة * قال المؤلف ونحن مع ذلك لا نشكر ان فصل
 طرف خرج قبل او ان خرج من الجذع قديما ~~يكون~~ نافعا ليتيسر النفوذ
 في الرحم بسهولة وانما الاضطرار لذلك قليل وان كان الجنين ميتا ما لم ينزل
 المنكب والصدر الى القرح

والظاهر انهم غلطوا في حالة الاعضاء في مثل هذه الحالة لان الذين نشاجروا
 في هذه المسئلة ظنوا ان التعسر انما هو من عنق الرحم وهذا غير صحيح
 فان العنق اذا كان منقبضا وحده بحيث اختنق اصل الذراع منه عوج ذلك
 بانفسد والاستقامات والمخيات والمركبات الافيونية والبلادونا والمعالجات
 القوية الجيدة لا تنجح ~~لا~~ كن يندران يكون ذلك هو السبب وانما الغالب
 ان الرحم تقبض كلها وتصير كأنها ملتصقة باجزاء الجنين على هيئة الكف
 الذي يلبس في اليد فان القوة الباطنة تأتي بعد القوة الظاهرة ثم دائرة
 ثالثة للرحم ثم رابعة ثم خامسة وهكذا وهذه كلها يلزم هزها وكثيرا ما يضطر
 لقهر بمحانة مزور الاصابع او اليد في فجوة الرحم خطا خطا وجزأ جزأ

من القفحة السفلى الى عمق العضو او من منكب الجنين الى قدميه ومن النادر
ان يكون اشد الانقباض في القفحة المهبلية للعنق قال المؤلف وقد اتفق اني
وجدت العائق ثلاث مرات في محاذ القفحة الباطنية ووجدت مرة اخرى
ان الحنق اختناقا شديدا هو اصل الفخذين بحيث شخيت تمزق قعر الرحم
عنه الفخذين على القدمين فالنفوذ من العنق حينئذ هو الجزء الاضعف من
العملية وانما اكثر ما يوجد من التغيرات العقلية يكون في غير ذلك نعم نقول
ان قطع الذراع في مثل هذه الحالة يحصل للمهبل بل ومدخل العنق اذا كان
منقبضا او مكونا لحوية على الذراع غير ان الاجراء الاخر من الرحم لا يحصل
لها ارتخاء اصلا وتكون هي المانع فالتغيرات التي تحصل في عملية التحويل
بالنظر لذلك تبقى كلها وبالجمله قد ذكرنا وجه السهولة لعملية التحويل بقطع
الذراع وذلك لان نقطة الارتكاز التي تكونها الذراع للاقباضات الرحمية
في العنق من حيث انها قد تقطع الذراع يكون تغيير الجنين محله سهل
فالحوكات العنيفة التي تعملها اليد في الصدر تدفع عند ذلك هذا الجزء من
البدن مع غاية السهولة وهذا الانزع فيه فني تحرك الجنين وقد جزمته
من المضيئ العلوي الذي كان هو مشحونا فيه قلت معارضته بهد ذلك لادخال
اليدين والتفتيش على الرجلين فبالنظر لذلك يكون بتر الذراع مساعدا لعملية
التحويل اما اذا كان المراد منه سهولة وصول اصابع المولود للعنق فهو قليل
المنفعة في ذلك بل عديمها بالكلمة

وفي المسئلة بحث آخر من جهة اخرى وذلك انه اذا لم يكن وجود الذراع
هو المانع الرئيس ولا ان طبيعته تصير عملية التحويل غير ممكنة فاقوله ان يوافق
وضعا يمكن ان يحصل منه خطر للام والجنين فينبغي بموجب ذلك ان يقابل
هذا الخطر بالاطفال التي تحصل من عملية التحويل القهري مع قطع الذراع
او عدم قطعه فان الحركات العنيفة التي تعملها المرأة تعرض لرضي الرحم
والتهاباتا بجميع انواع الالتهاب وموتها ولينها وخصوصا غزوها ومن النادر
ان يوصل القدمين بدون ان ينهر من الصدر او البطن من الجنين الذي ادارنه

بعضهم ايضا جذب وهرس يميناه دائما قبل ان تتم عملية التحويل
 واما بذر الذراع الذي يسهل وضع الصدر قليلا ويوجد نوع حياة في الرحم
 قاته وان كان لا يزال جميع هذه الاخطار الا انه يمنع حصول بعضها
 وبالاختصار فلذى نراه اولى هو حفظ الام اكثر من حفظ الجنين وذلك
 لانه اما ان لا يمكن قهر اتباض الاجزاء المختلفة من الرحم وفي هذه الحالة
 لا يتصور ان الجنين له يعمل حينا ويمكن ان يلقى حيا واما ان تحفظ حياة الجنين
 وفي هذه الحالة يمكن نجاح عملية التحويل بدون قطع وهل المناسب في الحالة
 الاولى الالتجاء لقطع الذراع هذا لانظنه ولا نقول به فان الجنين من حيث انه
 ميت لومات من العمل ينبغي استخراجه بطريقة لكن بحيث يقل تعرض المرأة
 للخطر حسبا امكن قال المؤلف في وجوب ذلك تترك عملية التحويل ويجتهد
 في بسط الجنين او تعمل له عملية قطع الرأس وينبغي ان يجرب على التعاقب
 ما امن به بعضهم من جذب الذراع او مرده عروة شريط تحت الجذع او وضع
 الكلابات المحفوفة على اعلى الصدر لينقل بذلك البطن والالبتان بل والرأس
 ايضا اذا كان في ميل الخروج فاذا تحقق عدم منع ذلك توجه لاصل الزقمة
 مشرط طويل مستقيم او معوج ذو رز او مقراض كبير او سكين بسيط يكون
 سنه وحده تابعين في جميع سيرهما لاصبع او اصابع من يد الجراح ثم يتم
 بالكلاليب المحفوفة والجذبات فصل السلسلة فيستخرج الجذع بواسطة كلاب
 وتجذب الذراع او الذراعان معا ثم تدخل اليد او جفت الولادة في الرحم
 حال الاستخراج الرأس بذلك لكن من المعلوم ان لا يعمل ذلك كله الا اذا علم موت
 الجنين لان حجم الذراع ولونه ومنظره الغفر ينجي بل من طول مدة المطلق وقوة
 الاتباضات الرجية وصحتها واستدامتها وراحة الحبل المسمى وعدم ضرباته
 وان يتحقق ايضا عدم منع عملية التحويل او خطرها وكذا غيرهما من بقية الوسائط
 التي مدحوها الى الان لعدم تعرض حياة الجنين للنظر واما طريق الاحشاء
 وجذب الجنين بالآلات وفصل الجزء الخلقي من الجذع فهي اقبح الوسائط
 ولا تستعمل الا عند اليأس

(المبحث الثاني)
(في كيفية العمل في المجيء بالذراع)

وهي كيفية العمل باختصار اذا جاءت يد او ذراع للقبضة سواء امام المنكب او مع الرأس او مع القدمين فاذا جاءت يد الجنين للفرج وامكن تأكيده كون المنكب الهاذي لها في المضيق العلوي لم يخف من ذلك ولم يلزم دفعها الى الداخل وانما ثبت بعروة ثم يدفع المنكب الى الداخل ويقش على القدمين وكأنه لم يكن هناك تضاعف اصلا فكما جذبت الرجلان معدت الذراع الى الاعلى وتخدم العروة بلديها زمن جذب القدمين اذا عمل التحويل ويمكن ان يجهد ايضا في اصال الرأس فان هملتون قال اذا جاءت ذراع ينبغي دفعها الى الباطن وتحفظ مرتفعة حتى ينزل الرأس

مجيء الذراع مع الرأس ليس هذا سببا لتسهيل سير الولادة نعم هناك احوال منه يتعوق فيها سير الولادة فيلزم ان ازالة هذا التضاعف فاذا نودي للطبيب قبل نزوله من المضيق العلوي يمكن بدون مشقة اصال الجنين الى الرحم وحينئذ هاتك ببعض اصابع مدة نفوذ الرأس ونزوله فيكون التقبش على القدمين حينئذ غير نافع خلافا لما امر به بعضهم هنا اما فيما بعد ذلك فانه يحصل في ذلك تعسرات عظيمة بل في بعض الاحوال يكون غير ممكن بالكلية فينبذ يجتهد في ازالة الذراع النافذ على جنب الجهة وعلى الارتفاع المجرى الحرقفي او الحفرة الباردة الباطنة الاقل انضغاطا لكن اذا عرض تعسر جديد يوجب لانتهاه الولادة وضع جفت الولادة بدون التفات لوجود الذراع واما ما امر به دولا موت من فعل عملية التحويل اذا جاءت الذراع مع الرأس وكانت منتفخة ومحبوسة في انشاء الحوض فذلك لان في زمنه لم يكن جفت الولادة معلوما مجيء اليدين مع القدمين هذا الوضع على فرض وجوده لا يمكن زمانا طويلا لان الانقباضات الرحمة تقهرها مما لا على ان ترتفع وتنزل المتعددة وزيادة على ذلك انه يكفي لعدم الخوف من ذلك عدم اشتباههما بالرجلين وجذب هاتين حتى تنزل الحرقفتان قال المؤلف وعندنا مثال غريب لجنين جاء

بقدميه ويديه ورأسه معا يخرج بذلك كله

توصيل الذراع الاخرى اوصى بعضهم اذا كان الذراع والمنكب مالتين بالضبط للقوه بحيث لا يمكن اتصال يد الطبيب للقدم ان يبدأ اولا بتزليل الاخرى ليسهل الوصول بعد ذلك للرحم وبحث آخرون في ذلك وقالوا ان الذراعين يلزم ان تشغلا مسافة اكبر من المسافة المشغولة بواحد فاذا اوصل الثاني للقوه زاد العائق واذا امكن وصول يد الطبيب للذراع التي لم تخرج سهلا في الغالب وصولها للقدمين لكن نقول قد تكون الذراع قريبة للقوه بحيث يمكن مسكها ببعض اصابع القدمين فانهما يستدعيان ادخال اليد كلها بل الغالب ادخالها للعمق عظيم والتابعون لهذه الوصية ينووا كيفية الحركة التي تحصل من ذلك بانه اذا جذبت الذراع الثاني صعدت الى اعلى المنكب الذي كان في القوه وتحول السكلى الى وضع المسطح القصي فالذين يدورون على محوره وينطلق المنكب من الاحتباس الذي كان عليه في التعير قال المؤلف وربما نتج من ذلك في بعض الاحوال منفعه في سهوله نفوذ يد الطبيب وفي بقاء العمل

واذا جذبت الذراع فتوضع كما قال دائما ان الابهام والسبابة تحت الابط على هيئة عكاز ونقول على رأى بعضهم رفع جرة من الذراع في الرحم بان يوضع الابهام على الجزء الخلفي للمنكب في قتران الاوجاع ويحفظ الذراع والرحم على اعلى العانة وتتم الرحم ما بقي من العمل وتكون عملية التحويل حيثئذ غير نافعة كما قال هذا القائل وأكد ان ذلك ناجح دائما قال المؤلف واظن ان هذه واسطة لا ينبغي اهمالها

واذا لم يحصل من ذلك نجاح ينبغي قبل تقطيع الارجل انذارا يمكن هنالك عوارض ثقيله ان تستعمل المرخيات والافيون وحقن الرحم بالماء او محلول خلاصة البلادونا بل والقصد كما قيل وان كان الظاهر انه قليل النفع هنا وفي بعض احوال الجبى بالذراع قد تتم الولادة بتقطيع الجنين لاجل حفظ حياة المرأة فتفصل الذراع من الجسم ثم ينقب الصدر ويثبت كلاب في الحوض

وفي الجزء السفلي من سلسلة الجنين ثم يخرج الجنين بواسطة الجذبات ولكن
مادام الطبيب لم يتأكد عند موت الجنين لم يصح له احدثات آتية فيه فاذا لم يمنع
وجود الذراع من ادخال يد الطبيب اتبع ما قاله بعضهم من فعل العملية
القصرية المهبلية فانها احسن من تقطيع الجنين وهذا هو رأى المؤلف
اذا كانت المقاومة في عنق الرحم فقط غير ان فعل شقوق في جهات من هذا
المحل يمنع انقباضات الباقي من العضوفن الغلط الامل في مثل هذه الواسطة
فان كان الجنين ميتا لزم ايضا ان يفعل ما ذكر ويستعمل القصد والاستجابات
والحقن والمراهم وجميع المرحبات والمسكات قبل ان يجزم بتزيقه او فصله
الى اجزاء

(الفصل الحادى عشر)

(في قواعد مختصرة كلية في عملية التحويل)

الاولى جميع اوضاع الرأس ترجع في العمل الى وضعين الثانية جميع اوضاع
الجانب تنسب للزمن الثانى من عمل اوضاع الرأس الثالثة جميع اوضاع
الظهر والقص يلزم ان ترجع الى اوضاع المنكب الرابعة جميع اوضاع المنكب
تحويل اولى الى اوضاع القدمين الخامسة لم يكن هناك في الحقيقة لعملية
التحويل الا وضعين من المهم دراستهما جيدا وينبع ذلك ان هناك كيفيتين
في العمل يلزم معرفةهما جيدا السادسة لما لم يختلف هذان العملان
الامن حيث كون كل منهما يستدعى يدا مخصوصة وان اليد اليمنى في الحقيقة
لا تعمل عملا غير ما تعمله اليد اليسرى كان جميع اعمال الولادة راجعا في الواقع
الى القواعد التى ذكرناها في الكلام على عملية التحويل بالقدمين
في اوضاع القمة

(القسم الثانى)

(في جفت الولادة والرافعة)

(الفصل الاول)

(في جفت الولادة)

جفت الولادة آفة يمسك بها الجنين في الرحم ليحذب الى الخارج ولم يعلم بالضبط
 محترعه وانهما عمله في زمن ابن سينا ما يشبهه لاخراج الجنين الميت بوزن
 ابو القاسم الزهر اوى ايضا جفت اذا اسنان وذكر يوف جفتا كان يستعمله
 لاخراج عظام الجمجمة منفصلة لكن اى نسبة بين هذه الاكلات الغير التامة
 التي لم تستعمل في الاجنة الاحياء والالات المستعملة في زمانها هذا والمظنون
 ان عائلة شمير لان بلوندرة كان عندهم من اسرارهم شيئا من ذلك يتمون به
 الولادة العسرة حتى ان احدهم جاء الى باريس ليفتخر على اهلها بما آتته غير انهم
 لم يأخذوه بالقبول فرجع ولم ينل منهم فحاجا وبالجمله فوجوده في الزمن السابق
 غير محقق وانما اشتهر ظهوره ومنفعته في ابتداء القرن الثامن عشر العيسوى
 وحصل فيه تنوعات كثيرة فكان اولاً مكذوباً من ملهقين مصمتين او متبعتين
 تدخل كل منهما على حديثها في الحوض وكان المختار وهما قليلاً ثم زيد فيهما
 تقوس مزدوج ليسهل اتصالهما وظهر ميل ان الاولى اتخاذه جفتين احدهما
 قصير جدا يمسك به الرأس النازل في التقعر والاخر اطول منه ذو حافة مقعرة
 ليدخل للمضيق العلوى واما جفت لوفريت الذي اشتهر في زمنه فكان مبركا
 من فرعين احدهما يسمى الفرع المذكور الذي استحسنت المؤلف تسميته بالقرع
 الايسر وثانيهما يسمى الفرع المؤنث الذي سماه بالقرع الايمن وملققة كل منهما
 منقوبة بنقبة عريضة وفيها عرف مخوف على محيط وجهها المقعرو يوجد
 في احد جوانبها تقوس يوافق تقوس الحوض او يحاويه ويده هذا الجفت
 معدنية اقل طولاً من الملققتين وتنتهي بكلاهما مسطح منحني على شكل منقار
 عكاك وفي محل اتصال الفرعين يوجد في احدهما مدار وفي الاخر ثقب
 واذا ادخل المدار في الثقب ثبت الفرعان ثبوتاً متيناً ولا ينزلقان عن بعضهما
 وجفت بودولوك لا يختلف عن جفت لوفريت الا في كونه اطول منه قليلاً
 ونوعه كثير من المولدين والقوابل لغير ذلك كجبرير ودوبواس حتى بلغ الآن
 نحو ما يتفرع
 وجميع جفوت الولادة يتال بها المقصود منها وهو استخراج الجنين قال المؤلف

ولكن انفعها جفت لوفريت ونوعه كـثير من الاطباء وادعى تكميله بذلك
مع ان تلك الدعوى انما كانت من شباب ليس في طاعتهم ذلك كما دعوا ذلك
في العمليات الجراحية وانما المدار في ذلك كـله على الممارسة والمهارة
من الطبيب فالذي يختاره هو جفت لوفريت وتنوعه يجعله خاليا من العرف
الذي في وجهه المقعر ومصفولا في طرفه ومنهيا بكلايين محفوفين ولاجل
حفظ قوته وخفته نجعل فرعا منه كسرين بحيث يمكن انشاؤه ويسهل حمله
واما رادفور الذي من القواعد عنده ان توضع الملقطتان دائما جانبيتين فاخترع
آلة لا تشبه غيرها فرعا هامة وسان على جانبها كما في جفت لوفريت ويتصل بالان
او ينضم ان بكيفية انضمام فرعى الجفت الصغير لسبيلي وامام ملقطة فطوي يلتان
جدا وادجدهما التي يلزم وضعها على الوجه مستقيمة على سطحها واثانيتها التي
يلزم وضعها على القصدوة مقعرة كما في الجفت الاعتيادي وهذا الجفت وان كان
نافعا في بعض احوال مخصوصة الا ان جفت لوفريت يقوم مقامه بدون
ان يقوم مقامه غيره

(المبحث الاول)

(في احوال استعمال جفت الولادة)

الاحوال التي تستدعي استعمال الجفت كثيرة ونصح ان تقسم الى ربتين
الاولى لا يمكن ان يستعمل فيها غيره من الوسائط واما الثانية فيمكن فيها عمل
التحويل او غيره من الوسائط اذ المبردا استعمال الجفت وقبل معرفة هذه الآلة
كان المولودون اذ لم يمكنهم اتمام الولادة باليد لا يستعملون من الوسائط الا تقطيع
الجنين او بعض عمليات ثقيلة يعملونها في الام واما الآن فيندرامانة الجنسين
وايقاع الام في الخطر لان الغالب ان الجفت المذكور لا يجوز جثا الى مثل
هذه العمليات المهلكة وقد ذكرنا من القواعد الكلية ان الجفت يلزم استعماله
في امور اولها اذا كان الرأس عظيم الحجم سواء كان العظم مطلقا او نسبيا لينفذ
من المنافذ بدون ان تعرض المرأة للخطر وثانيهما اذا كانت الرحم في حالة نخود
ولم تنفع الوسائط الموقظة للاقباضات وانحصر الرأس بحيث لم يتيسر دفعه

الى اعلى

الى اعلى المضيق العلوى وثالثها اذا اضطر لاجراج الجنين لعارض ما وزل
الرأس قبل ذلك في التقدير ولنذكر كلامنا من تلك الاحوال على حدته
الاول ان يكون الرأس عظيم الحجم * نقول في ذلك خيث علم من تجربات
بودلوك وغيره ان الرأس اذا اخذ خارج اعضاء المرأة وضغط باجود الجفوت
ضغطا قويا لم ينقص من حجمه الا ثلاثة خطوط او اربعة انقص من ذلك
انه اذا مسك في باطن الحوض وضغط من محال مختلفة لم يكن من الخزم التعويل
على كون التناقص عظيما وانما يتال ذلك اذا وضعت الآلة على طرفي القطر
الحداري المزدوج وحيث علم ضرورة وضع ملعقتيه على الجزء المراد بالضبط مع
كون سمك كل منهما خطا ونصفا يكون الغالب على الظن بمقتضى ذلك
ان وضعه على الرأس الكبير الحجم لا يعين اعانة عظيمة على خروجه من الحوض
بمساعدة الاقباضات القوية والاعمال الشاقة الجيدة الاتجاه من المرأة
كالتحرر بل بالغ بعضهم حيث قال لا يقول على الجفت في تقبض حجم الرأس
اصلا وذكروا بعضهم انه قال به نقص ستة خطوط * قال المؤلف وقد وصلت
مرتين باستعمال جفت غير قوى الى نقص خمسة خطوط بل ستة وزعم بعضهم
انه قال بذلك نحو قيراط واما استعماله في المضيق فان الغالب انه اذا انضمت
الاعمال القوية للطبيعة والمرأة الى اعمال الجفت تسطح رأس الجنين ولا يتكرر
ايضا ان جذب الطبيب المولد يكون حيث تدق قوة مساعدة للاقباضات الرحمية
والبطنية وقد ولدت امرأة على يدي بوانطة الجفت مع فعل جذبات قوية
حسب الامكان بحيث نقص حجم الرأس نقصا عظيما وفي الولادة الثانية لهذه
المرأة جاء الجنين بالحوض ولم يخرج الرأس من المضيق العلوى حتى انضغط
اكثر من ثمانية خطوط في عظم الجدار الايمن وفي الولادة الثالثة لها
استغنت بالجفت واحتجت ايضا لفعل الحركات العنيفة في الرأس بدون حصول
انخساف في الجمجمة فلم من ذلك ان الجفت قوة عظيمة تنضم للقوى التي
تحتوي عليها البنية واستعماله ينقص حجم الجمجمة
الثاني ضعف قوة البنية * خود اقباضات الرحم اى هدمها من جهة الاحوال

القدمين ولومع تعسر فان الاخطار التي تعرض لها المرأة حينئذ اقل مما سبق
على ان من المعلوم الذي لا ينكر وان نسي في زمننا هذا ان الخطر الذي تعرض له
المرأة في عملية التحويل بالقدمين وان كان اقل هنا بالنسبة للمرأة اذ ان الله ليس
كذلك بالنسبة للجنين فانه كثيرا ما يهلك في هذه العملية بخلافه في وضع الجفت
وضعا لا يضا فانه يقتل نأله فالاسلم حيثئذ التوسط بين هذين الرأيين
وهو ان يختار الجفت اذا كان الطبيب ممارسا الكيفية وضعه بحيث لم يتعسر
عليه ذلك ولم يخش حصول جرح للمرأة اما ان كان الرأس مرتفعا الى الاعلى
جدا او زائدا التحرك بحيث يسهل مسكه ولم يكن هنالك نماه مارض التحويل
الصناعي للجنين فلا بأس باستعمال اليد لتجذب بها القدمان

(المبحث الثاني)

(في الاجراء من الجنين التي يمكن وضع الجفت عليها)

لا ينبغي وضع الجفت الاعلى على رأس الجنين اذا كان حيا لا على غيره خلافا
لبعضهم في تجوير وضعه على الحوض مع ان الحركات الغنيضة التي تفعلها
للملغقتان قد تم كسر عظام الحرقفة ويحصل منها مرض في الرجلين وتزق
في الاحشاء فيوت الجنين ولا بد على ان السكلايات المرفوعة والاصابع انقع منه
حينئذ فالرأس هو الجزء الذي يوضع عليه الجفت وقد امر معظم المؤلفين من
الفرنساويين في وضعه بان يوضع ملعقته على طرفي القطر الجداري المزدوج
ويكون محوره موازيا للقطر القمعدوي الذقني وتقع حوافه ملتقنا
نحو القمعدوة ماعدا الاحوال التي يكون مجي الرأس فيها بالاوضاع الخلفية
واختار بعضهم انه اذا كان الرأس داخل العرض في المضيق العلوي صح
مسكه من القمعدوة والجهة الاولى لينزل في التمهيد فيمسك بعد ذلك باحسن
ما يكون غير ان هذا الرأي غير متبع الآن مع ان ذلك الدخول نادر الوقوع
واما النيساويون والبروسيون والموسكوفيون فلهم طريقة اخرى
وهو ان بعضهم لا يعتبر وضع الرأس وانما ينظر لحوض المرأة ففندهم يكتفي
بلودة وضع الجفت ان تكون حافته انقذرة ملتقنة الى الامام وتهدب ملعقته

مجاور الحرفتين الحرفيتين وعلتم في ذلك انه يتدران بعين من قبل بالضبط
 موضع التمجيد وعلی فرض معرفة ذلك لا يلزم لاجل ذلك تغيير هيئة الالة
 نظر الى ان اذ في فعل يعمل في الاوضاع الزاوية لاجل انضمام القرعین وتبديهما
 يوصل الجبهة الى امام العجز او خلف العانة وان الاوضاع المستعرضة تصير وضع
 الجفت عمرا جليا اذا اريد مسك الحدين الجداريتين واذا اتبع رأيهم كانت
 العملية دائما بسيطة جدا وينتهي حال الرأس غالبا بان يوضع بنفسه اذا لم يكن
 موضوعا في الابتدأ في الوضع المقدم الخلفي بحيث تتال في الحقيقة نفس
 النتيجة التي تتال من اتباع الوسايا الماء ودرها عموما عند القرعین ~~ي~~ قال
 المؤلف ونحن لا نكر انه يمكن تحصيل اشياء صحيحة من هذه الكيفية
 وان القرعین يبين لم يتأملوا في ذلك تأملا كافيا ولكن لنا ان نعارض ذلك
 ونقول كقاعدة اصلية ان الاحسن دائما ان تراق ملحقا الجفت على القسمين
 الصدغيين الجداريين من الرأس فيكونان دائما مجاورين لبعضهما في تجويف
 الحوض وانه اذا اندروجدان التمجيد موضوعا بالعرض فاقله ان ~~ي~~ أكثر
 وجد انهما ملتقاة الى احد التجويفين الحقيقين او الارتقاين العجزيين الحرفيين
 وكان من الجيد في هذه الحالة ان يلتفت الجفت قليلا الى اليسار او الى اليمين
 كذلك قد يتجه غالبا لذلك بنفسه فمرا عن الطيب حتى يمسك الرأس مسكا
 متينا ولتنبه ايضا على انه اذا مسك طرفا القطر القميدوى الجبهي منع الرأس
 غالبا عن ان ينثني بل يقهر على النزول بالعرض وان يأتي باحد قطريه الكبيرين
 للصرات التي يمر منها واذا مسك هكذا لم يسهل تفوذه من المضيق السفلي ~~ي~~ قال
 المؤلف واما راينا فاصلها انه حيث كان القطر ان القميدوى القمي والقميدوى
 الجبهي يتجهان باستقامة من الامام الى الخلف وان في الاحوال التي لم يزل
 الرأس فيها غير نافذ من المضيق العلوى تتجه القميدوة او الجبهة لتجويف
 حتى اول الارتفاق عجزى حرفي وان كما شئ الجفت يعدد دخولهما بخطينان طبيعة
 نحو جانبي الرأس فيدبرانه على محوره القائم اذا حصل منه معارضة للحركان
 الغنية التي تهل عليه يمكن ان يقال ان الفرق بين الوضع الذي يتبعه ووضع

النيساوين

النيسابيين ظاهرى لاحقيق اذ في الحقيقة لا يلزم وضع احد فرعى الا لثمن
الامام والاخر من الخلف باسمة قامة ونقول ايضا اذا وضع الحفت على الوجه
والقعدوة لم يكن يمكن ملعقيه ما ذهبا لاسم عماله فما امر به بعضهم من ان يثني
على احد فرعيه لاجل حفظ الوجه غير نافع

واوضاع الوجه تستدعي على الخصوص هذه الطريقة حتى في التعجير حيث
تبقى تلك الاوضاع هناك مستعرضة فاذا اخذ الرأس كذلك كان اثبت
ولم يكن مما لو اخذ بالحدابين وسما اذا اختير الغير المتساوي في طول الفرعين
وتقوسهما والحدبات ينتهي حالها بان تخرج القطر القعدوى الجبهى فتقرب
القعدوة من مفصل الالة مدة كون الجبهة تنزلق نحو واحد تبقى الحفت فيوجد
الرأس معتقما من الفص الى القمة ويسهل في هذه الحالة مروره من المضيق
العلوى والفرج ايضا للقطر العصعصى العالى واقله بلجهة القطر المنحرف

واما استعماله في اعلى المضيق العلوى فيكونا يعمدون ايضا له لذلك ويقولون
لا ينبغي الذهاب به الى اعلى المضيق العلوى ولذلك كانوا لا يجعلون فيه تقوسا
لفهم انه لا يصل الا الى تقعر الحوض وسيميل لم يقوس حافته الا لمسك الرأس
بعد خروج الجذع واما ربوت ومن عاصره فهم اول من اشار بايصاله الى الرحم
وهذا الرأي وان عارضه بعض المؤلفين بحسب الظاهر الا انى اقول
انهم متبعون له بدون ان يستشعروا بذلك لان الاقطار الكبيرة للجمجمة لا تزال
من اعلى الدائرة الجوفية البطنية وقت ان تكون جلدرة الرأس منتفخة وبارزة
في التقعر ولذا كان الاغلب استعمال الحفت حينئذ ومن جهة اخرى يندر
ان لا تكون الجمجمة داخله بقوة في المضيق عندما يتحتم الامر باستعماله لانه
لا يقطع باستعماله الا بعد انفجار الاغشية وتحقق ضعف الانقباضات الرحمية
فالمنازعة في ذلك من عدم الفهم * قال المؤلف اما اننا فلا نوقف في ادخال
الحفت في المضيق العلوى وفي اعلى عن ذلك وقد استعملته في ذلك مرات
كثيرة مع نجاح زائد فقد خرجنا من ذلك على ان الحفت يمكن وضعه على الرأس
ادجاء بالقمة او الوجه بل ولو خرج الجذع قبل الرأس سواء كان في اعلى المضيق

العلوى اوفى التعبر وسواء كان وضعه على القطر الجدارى المودوج

او على القطر القمى

فلاجل ان يكون هذا الوضع لازما ينبغى اولا ان لا يحتاج الرأس لانت بقتن
 ا ثم من ثلاثة خطوط الى ستة اى ان يتغير محله بذلك ويتوجه لاحسن
 ما يكون حتى يخرج من المضيقين وثانيا ان يجعل به الخمام الولادة بلا ماله
 اى لا يعتمد معه على قوى المرأة فى اندفاع الجنين ولئلا يدخل الرأس فى محل
 لا يمكن بدون تعسر دفعه منه الى الاعلى ليقف من بعد ذلك على القدمين وداعبا
 ان تتغير الاغشية وينمحي العنق من ضمن طویل

(المبحث الثالث)

(فى كيفية الاستعمال)

ينبغى قبل الابتداء فى العمل مراعاة الاحتراسات اللازمة فى عملية التحويل
 فتوضع المرأة كما فيها نم هنالاحوال لا يتمكن الطبيب فيها من تغيير وضع
 المرأة كما اذا كان هنالك تشجات او زيف او ضعف زائد او حالة اخرى تصير
 الحركات والاهتزازات خطيرة ويلزم حينئذ ان يكون الرأس قد من المضيق
 البطنى فى تلك الحالة يستعمل بنت نصير جدا بحيث سمى مثلا
 والوضع على الجانب المختار عند الانقلاز بين فى الولادة التى من ذاتها المختار
 عندهم ايضا فى وضع الحقت وليس يعقول عندنا وان مدحه البعض فى بعض
 مستنبيات واختاروا ان توضع المرأة بحيث يكون بطنها على جانب السرير
 واختار بعضهم فى الاحوال التى تكون القعدة فيها ملتقنة فهو العجز
 ان تستند المرأة على مرة قها والطبيب يعمل عمله من الخلف فالوا فذلك يسهل
 ادخال الآلة والجذب على انحاء محور المضيق العلوى ولكن هذه كلها امور
 عارضية على حسب الاحوال والقاعدة الاغلبية هى ان توضع المرأة على
 ظهرها اى على الوجه الخلفى للعجز كفى عملية التحويل وينبغى للطبيب قبل
 ادخال الجفت ان يغير المرأة بكيفية العمل فان ذلك احسن الوسائط لسكونها
 ونأ كيد هاصحة العملية

وينبغي تحضير ما فطر لتسخن به الآلة فيحصل منها في الباطن الانتعاش
لا التخدير وزبدية اوزيت او مادة لزجة لسهولة انزلاقها فاذا جهز ذلك وعرف
وضع الرأس ادخلت الملعقتان وكيفية الادخال تختلف باختلاف كون
القمعدوة متجهة الى جهة كذا او كذا والرأس نازلة قبل الجذع او الجذع قبل
الرأس فلذلك التزمنا ان نذكر هذه الاختلافات على التعاقب في جملة مطالب

(المطالب الاول)

(في ادخال الحلفت في الوضع القمعدوى المقدم)

الوضع القمعدوى المقدم الذي هو احسن الاوضاع واكثرها في المضيق السفلى
يستدعي ان يدخل اول الفرع اليسرى من فرعى الآلة
كيفية الادخال * يراعى اول اصبعان او ثلاثة من اليد اليمنى مسطحة بين الجالاب
اليسرى من المهبل والحديدة الجدارية بحيث يمكن اطرافها ان تلامس
عنق الرحم

الفرع اليسرى * يمسك باليد اليسرى حينئذ الفرع اليسرى من الآلة كقلم
الكتابة فيرفع كلابه او امام الاربية اليمنى للمرأة لاجل ان يكون طرفه الآخر
مجاور المحور الفرجى اى لمحور المضيق السفلى ويختار فعل ذلك في الفترة بين وجهين
كما في ادخال اليد ايضا ويكون الادخال يبطئ وبدون حركة عنيفة وكلما اخذ
الفرع في النفوذ يمر بالكلاب من الاعلى الى الاسفل ومن اليمين الى اليسار
فحو الخط المتوسط والغالب ان يحتاج عند ذلك للذهاب بالابهام الى اعلى
مدار الآلة ويمينه لان تترك تلك الاصابع اسفله ثم يدفع الفرع وهو على هذه
الحالة بان ينع به المسطح المائل الخلفى اليسرى اى مقدم الارتفاع الحجزى
الحرقى لاجل جانب اليسرى الحقيقي للحوض حتى تصل خرجه البازرة بين
الشفرين الكبيرين ثم توجه يد الآلة قرب الوجه الانسى للفخذ اليسرى
بان تحفض كثيرا او قليلا على حسب العمق الذى وصلت له الملعقة وينبغي
في مدة هذا الادخال ان لا يعد طرف الملعقة المسلول جيدا بين رأس الجنين
واعضاء المرأة من تقوس التقدير فانه اذا بعد عن محور هذا التجويف وقف

في جذران المهبل فيمنها وورعها فان كان متخفيا جدا الى الامام
او الى الخلف كانت المرأة ما عدا ذلك معرضة لجرح المثانة او المستقيم فان كان
قريبا جدا الى ذلك وذلك يحصل غالبا اذا استعمل الحفّ الذي ملقته
زائدة بالتصغير استند على رأس الجنين ووقف حالا في ثنيات جلدة جميعته
بحيث يكون دفعه بقصد دخوله الى البناطن خطرا باى كيفية كانت

ففى حصل في ادخاله مقاومة وممانعة غير طبيعية بحسب الظاهر لم يدفع بقوة
الى الداخل والممايلزم حيث قد جذبه الى الخارج قليلا ليخرج من ذلك العائق
ثم يرتقى في اتجاه جيد فاذا اقتد الرأس من العنق ولم يزل الحفّ غير مستغن عن
الاصابع التي في المهبل دل ذلك على انه ردى الوضع ضال عن الطريق القويم
بخلاف ما اذا عسر الوصول الى الرأس او كانت دائرة القوة محيطة به على هيئة
تاج ضيق فلا يكون الا امر كذلك ويلزم حينئذ غاية الالتئام فانه متى بعد الطرف
السايب للمعلقة عن الجمجمة ولو قليلا انزلق على السطح الظاهر للعنق وذهب
للمهاجر المسدود وهو الشق المستدير الذي يسد المهبل معانقا لطرف الرحم
فاذا لم يدرك الطبيب هذا الزوجان لم يحتج لان ينير له الفساد والاختطار التي
قد تحصل من ذلك لكن لاجل الاحتياط منه يكفي ان لا تدخل الالة لما وراء
الجذبتين الجداريتين بدون ان يؤكده وضع العنق وحالته

القرع الايمن * اذا تحقق جودة وضع القرع الايسر بمسكه مساعدا ويحفظه
على الفخذ والطبيب يدخل القرع الايمن فيمسكه باليد اليمنى مهيأه باصابع اليد
اليسرى على الجانب الايمن للعوض او على الان تقاطع العجزى الحرقى المهادى له
ويفعل في ادخاله ما قلنا في القرع الايسر فاذا كانت القصدة مائلة الى اليسار
يجتهد في ايصالها خلف الثقب الايمن المسمى بقعر العانة اما اذا كان وضع
الرأس هو الوضع القصدوى الحق الايمن فانه يجتهد في ايصال هذا القرع
امام الارتفاق العجزى الحرقى واما القرع الايسر فيجتهد في ايصاله خلف
التجويف الحق الايسر

كيفية انضمام القرعين * ينبغي لاجل اتصال فرعى الحفّ ببعضهما ان يكون

عقهما في باطن اعضاء المرأة متساويا وان يحاذى ثقب احدهما مدار الآخر بالضبط وان لا يكون اتصالهما على الايمن اقوى منه على الايسر وتكون يداهما منخفضتين انخفضا كافيا فاذا كانت القصدة قريبة لان تكون خلف ارتفاق العانة عسرى بعض الاحيان توصيل الفرعين للجانبى الحوض بالضبط وانما يخنيان على حافظهما المهدبة مدة كون حافظهما المقعرة تبعد بقدر ذلك وهذا نائى ولا بد من كون الرأس اقل سمكا فهو الجبهة منه جهة القصدة ويظهر هذا التعسر بمسك الكلابين مسكا متينا باليد بحيث يخذمان كرافعة مثنية من النوع الاول لكن ينبغي ان يؤكد ان المانع ليس ناشئا من سبب آخر فاذا انبعت هذه الوصية استندت تغير الملققين على الحدبتين الجداريتين اذا كان القطر القصوى الجبهى مجاورا للقطر العجزى العائى واما فى الاوضاع المتغيرة فتغير القمة محلها وتجه بسرعة نحو طرف القوس العائى

وبالاختصار اذا كان الرأس منبعا نتيجتا متينا وفعل بالهفت حركات عنيفة مثل ذلك كل من الواضح ان احد فرعيه يحصل منه مقاومة اقل من الآخر ويحيى تحت المسطح المائل المقدم المحاذى للحوض فقد بان ان وضع الهفت فى الاوضاع الثلاثة القصدية المقدمة يكاد ان لا يختلف اصلا وتكفى اليد غالب الاجل اذ ادارة مداره فاذا لم يمكن استعمال نوع الرافعة المسمى مفتاح جفت الولادة

ثم انه ينبغي ان يتأكد ان الرأس وحده هو الذى عاقه الهفت وليس معه شئ من العنق ولا من الرحم ولا من غيرهما من اعضاء المرأة ويتأكد كذلك بان يفعل حركات خفيفة ذهابا وايابا بالالة كاه فى اتجاه مجاور الحوض فان انزلت بدون عنف وبدون احداث الم وبدون ان لانحس المرأة بتمزق او قرص لم يخف حصول شئ مما سبق فاذا وجد شئ مما ذكرنا كان الغالب على الظن دخول نية من اعضاء المرأة فيما بين كاشى الالة فعليه ان يترك الجذب والضغط ويتغير هيئة المسك الى ان يصير الرأس ممدوكا جيدا

فاذا كان القصد تقليل حجم الرأس يمر بعروة شريط او خيط على حلق كلاب
احد فرعى الجفت ويلف به على الفرع الاخر ثم يقربان لبعضهما بقدر ما يلزم
ثم يمر بعروة على الكلاب الاول ثم على الثاني وهكذا مكونا شكل ثمانية بالعرق
القديم حتى يفرغ الشريط او الخيط ومن المعلوم ان الضغط المفعول تكون
قوته على حسب درجة ما يراد من نقص الحجم

فاذا كانت الممرات التي يمر منها الجنين خالصة وكان استعمال الجفت بقصد
سرعة تخليص المرأة من الحمل جاز ان لا تستعمل هذه الوسطة الضاغطة
وان امر بها بعضهم في ذلك ايضا لكن من حيث ان اليدين اللتين تستعملان
معاني هذه العملية تحتاجان للراحة زمنا فزمننا يكون الاحسن وضع هذا الرباط
وانما الفرق هو ان القصد منه هنا حفظ الجفت في وضع ثابت وتقريب فرعيه
لبعضهما تقريبا مناسباً

اخراج الجنين * بعد ان تلف يد الجفت بمخرقة توضع اليد اليمنى قرب الكلايين
من فوقه ما اذا لزم الجذب في المحور العلوى اما اذا كان الرأس في المضيق السفلى
فانما توضع من تحته ما واما اليد اليسرى فتمسك اصل اللعقتين من وراء المدار
وتكون من تحته اذا كانت اليد الاولى من الاعلى ومن اعلاه اذا كانت
من الاسفل فاذا مسك الجفت جيدا وانضغط الرأس به انضغط اطرافه مناسبا لزم
قبل الجذب ان توجه القمعدوة انجها زاويا اذا لم تنزل باقية في المضيق العلوى
وان توصل الى خلف الارتفاق اذا كانت في التقدير ولاجل الزامها بالنزول لمركز
الحوض ومنعها نزول الجبهة اولا او صوابا ان تستند الجبهة باصبعين من اليد
اليسرى قال المؤلف واظن انهم غلطوا في تلك الوصية لان بها يتقدم الطبيب
المولود جزء عظيم من قوته وانما الاحسن عندي ان يخفض الكلابان حتى
تكون اللعقتان في اتجاه محور المضيق العلوى وتفعل الجذبات في هذا الاتجاه
فاذا كان الرأس محصورا في متبنا في المضيق العلوى ثبوتا متينا يجتهد
في تحريكه اولا كما تقرر لسدادة فاجابة او مسجما يراد زرعه ثم يدفع الى الباطن
لتنزل القمعدوة نزولا مناسباً ثم يجذب بانحراف الى الاسفل وانحلف حتى

يخرج بالكعبة من المضيق ومتى فعلت حركة المدار وصار وضع الجنين مقدما خلفيا خالصا لزم جذبه والذهاب بيدي الجفت يمينا ويسارا على التعاقب حتى تمر الجذبتان الجداريتان من القطر المحبى ويلزم ان تكون هذه الجذبات قوية بطيئة معتدلة في آن واحد فاذا لم يكن هناك ما يحوج للسرعة جازان لا يعمل ذلك الامدة الانقباضات الرحمية التي تكون في الغالب شديدة جدا ومتواترة من ابتداء العملية اما اذا لم يكن وقت لذلك او كانت الرحم حامدة عديدة الفعل فان الانتظار يكون غير نافع بل خطرا فيلزم المبادرة بالعمل

فاذا وصل الرأس الى الفرج ولم يكن ممسوكا الا بالجزء الرخوة تركت الجذبات الجافية بل يترك جميع انواع الجذب اذ الم رزل في الرحم بعض قوة تتم الولادة لان من المهم حينئذ عدم الضغط وتحقق ان آكد الوسائط لحفظ العجان هو مسك الرأس في الفرج زمنا طويلا حسب الامكان قبل ان يطلب من المرأة دفع الجنين ويجذب منها بقوة كما فعل ذلك فيها فيما سبق الى الآن يطلب منها لتلطيف حركاتها بل الغالب ان يصير من النافع اخراج الاكلة فتزال دفعة بدون خوف اذا كان الرأس في الخارج اما اذا لم يكن كذلك فانه يخرج احدى ملعقتيه بعد الاخرى ماسك لهما كما في حالة دخولهما ومبتدئا بالقرع الايمن او بما هو من الاعلى ثم اذا لزم ايضا بعض جذب فعمل بان توضع الاصابع على الصدغين او تحت الابطين كما يفعل في بعض الولادات التي من ذاتها واوصى بعض المؤلفين بالحذر من قفصة الآلات واحتسكال فرعى الجفت ببعضهما لان ذلك ربما ازعج المرأة وتقول هذا الاحتراس غير لازم لا حاجة لمراعاه

فاذا كان الغليظ من الجمجمة ملتفتا الى الخلف ينبغي ان يدخل الجفت ويثبت كما في الوضع السابق نهايته انه لا يلزم هنا خفض يد الجفت بقدر ما هناك في مدة الجذبات ومن حيث ان القعدة التي يلزم حينئذ ان تخرج اولاً تميل على الدوام لان تنة تد على الوجه المتقدم للعصص والعجان ينبغي ان تراعى ايضا التعميرات الكثيرة العدد زيادة عن الاخطار التي تحصل للعضرط مع ان العملية تكون ايضا اخطر واعسر اذا كانت الحافة المقعرة للاكلة ملتفتة

الى الخلف كما اوصى بذلك بعضهم يدل ان تلتفت الى العانة فالاولا اجل موافقة
 هذه القاعدة ينبغي تغيير وضع المرأة وثانياً انه لا يمكن الذهاب الى المضيق
 العلوى ومسك الرأس الامن اليسافوخ المقدم الى القفا وثالثاً ان الجفت من
 حيث انه غير مطابق لتقوس الحوض في وقت الجذبات تضغط بالضرورة
 حافته المقعرة المهبل والمثانة على العانة بشدة مدة ككون الطرف السائب
 للمعقته يفعل مثل هذا العمل الشاق في الاجزاء الخوة من الخلف وتقول
 من جهة اخرى اذ لم يمسك الرأس الا بقصد ائصال القمة الى الامام ولم يمكن
 تقريباً فعل شئ في الجذع عيد ذلك كما هو الغالب لم تكن عاقبة هذه العملية
 الا الى عنق الحنسين فاذن ينبغي ان يوضع الجفت هنا كما في الوضع
 القمعدوى المقدم بحيث تكون حافته المقعرة ملتقطة الى الامام مع كونها
 مجاورة للجهة لا للقمعدوة كما تستدعيه القاعدة الكلية

(المطلب الثاني)

(في ادخال الجفت في الاوضاع القمعدوية الحرقية)

فالاولا في الوضع القمعدوى الحرقى اليسرى يظهر ان مثل هذا الوضع لا يقبل
 في المضيق السفلى الالوجه لكن من حيث انه يوجد غالباً في المضيق العلوى
 وانه كثير ما يستدعى وضع الجفت يكون رأى انه لا يصح تركه اتساع قاعدة
 المولدين النجس او بين حينئذ ما لم يتبع رأى فلا مان القائل بان يمسك الرأس
 من قبل باليد ليوضع وضعاً مناسباً وهذا سهل في القول صعب في العمل
 فان الزاوية العجزية القفزية والعصعص والجمان تمنع وضع ملعق الآلة
 بالعرض واقله انه لا يمكن حينئذ الجذب في اتجاه محور المضيق العلوى
 فعلى فرض وجود وضع مستعرض بالكلية اوصى المؤلفون بان يدخل اولاً
 الفرع الايمن من الالة مهدياً مع الاحتراسات اللازمة للاستعمال على مقدم
 الارتفاق العجزى الحرقى الايمن الى ان يصل الى محاذاة الجهة فينتد يوضع
 تحت حافته المحدبة طرف الاصابع الاول من اليد اليسرى التي باقهاها
 مع اليد اليمنى يوصله من الخلف الى الامام ثم من اليمين الى اليسار الى ان تصير

ساقته المقعرة ملتزمة نحو الحفرة الحرقفية اليسرى وتصل ملتصقة الى الحديدة
الجدارية اليمنى ثم تعطى يد القرع حالة كونها منخفضة جداً لمساعدتها بحفظها
على الوجه الانسي لتتخذ المرأة

ثم يمسك الطبيب باليد اليسرى القرع الايسر ويرتقه على الجزء الخلفي للحوض
حتى يجاوز المضيق العلوي ويصل مداره الى العمق الذي فيه ثقب القرع الاخر
ثم بعد ان يضم القرعين لبعضهما بوضع مدار احدهما في ثقب الاخر يحرك
الرأس اذالم يزل باقيا في المضيق البطني ويقهر القمعدوة على النزول في التعبير
اذالم تكن نزات من قبل ان يوصل الحافة المقعرة للقرعين الى الامام تدريجيا
وتتم العملية كما في الاوضاع القمعدوية المقدمة

وثانيا في الوضع القمعدوي الحرقفي الايمن * ما قلناه في الوضع القمعدوي
الحرقفي الايسر يقال مثله في الوضع القمعدوي الحرقفي الايمن فلا يختلفان
في وضع الحفث الا في كون هذا الوضع يستدعي ان يدخل القرع الايسر اولاً

(تطلب الثالث)

(في ادخال الحفث في الاوضاع الحوضية)

قد يتفق انه بعد جذب الجنين بطرفه الحوضي يحصل تمسك شديد في اخراج
الرأس بل قد يحصل مثل ذلك في آخر الولادة الاختيارية بالحوض التي هي
الى الآن غير مختصة بشئ زائد فاذا لم تكف الاصابع ولا الايدي لتخليص المرأة
من الولادة يكون السبب القريب للعقل هو تضيق في الحوض وربما كان
الحفث حينئذ واسطة ضعيفة ومع ذلك ينبغي تجربته قبل ان يجزم بعملية
الشق العالي او العملية القيصرية خصوصاً اذا لم يكن الرأس مرتفعاً عن المضيق
العلوي فاذا كانت القمعدوة من الامام او مائلة الى الجانب قليلاً يؤمر مساعد
برفع الجذع ويدخل القرع الايسر ثم القرع الايمن من الالة تابعة القواعد التي
ذكرت فيما اذيل من الرأس اولاً فان كانت من الخلف ولم يمكن ايصالها الى الامام
باليد يقلب الجنين على البطن وتوجه القرعان ايضاً كما في السابق لكن ينبغي
اذا جذب الرأس ان يجتهد في ان تكون قوة التأثير على الجهة والدقن

حتى ان هذه الاجزاء يكثر نزولها تحت ارتفاق العانة فان كانت القمعدوة على الجانب دفع الجذع اولا الى اليمين او اليسار وبقى العمل يكون كما قلنا في الاوضاع المحاذية لذلك من اوضاع القمة

ففي جميع الاحوال يقلب الجذع للجهة التي تكون القمعدوة ملتفتة اليها ويوجه الجفت لجانبى الرأس بحيث يكون تغيير حواشيه ملتفتا الى الامام او ~~يمين~~ ~~يسار~~ ايصاله الى تلك الجهة في مدة العملية ومع ذلك ينبغي ان تنبهك على ان الاحسن في الاوضاع التي يكون الوجه فيها ملتفتا الى الامام اذ لم يكن الدقن المنخفض جدا قبل ذلك ان يرفع الجذع نحو جبل الزهرة ويوجه الجفت الى الخلف ليوضع على الحدين الجداريتين في اتجاه القطر القمعدوى القمى ويحرك الرأس من الامام الى الخلف ومن الاعلى الى الاسفل كما فعل ذلك في مشاهدات كثيرة

هذا وقد علمت ان وجود الجذع يضم ايضا للتعميرات التي توجد اذا جاء الرأس اولا ولذلك ظن كثير من الممارسين ان في مثل تلك الحالة تكون الاصابع انفع من الجفت وانه لا فائدة في استعماله اذ لم يصل الرأس للتغير وقول يظهر ان هذا الرأي خطر وان كان هناك مشاهدات تثبت قهر التعميرات التي تحصل في هذا الوضع بدون استعمال الجفت ~~لكن~~ قد يكون وقوف الرأس في المضيق بسبب تضايق فيه بحيث ان الافعال القوية من اليد لا تكفي لاجراجه وايضا من حيث ان الجذع من الخارج والرأس غير متأثر بالاتقباضات الرحمة فالافعال القوية الضرورية التي تفعلها اليد على الجسم لاجل خروجه من الممرات تنجم في الغالب على سلسلة الجنين بحيث تعرض حياته لخطر عظيم واما استعمال الجفت في تلك الحالة فلا خطر فيه

هذا ويوجب ذلك يصح ان يستعان بالجفت في المجيء بالحوش في امور اولا اذا كان وقوف الرأس في ضيق المضيق السفلى وكانت الحركات العنيفة التي تفعلها اليد غير كافية لقهر هذا المانع او كانت خطرة وثانيا اذ لم يخرج من المضيق العلوى بل انحصر فيه وكان الوجه كله او بعضه في التغير وامكن

توجيه طرف بعض الاصابع الى القوة ومن المعلوم ان في هاتين الحالتين قبل كل شيء يضر الذقن على الانخفاض فبذلك ينشئ الرأس ويخرج المتكبان

(المطلب الرابع)

(في ادخال الجفث في حالة ازدواج الاجنة)

يجوز في الاحوال التي تصل فيها جنينان بمسطحهما المقدم او الخلفي فيكون الرأسان محمولين على جذع واحد ان الحركات العنيفة من المرأة والطبيب لا تخلص المرأة من الحمل بدون الاستعانة بالجفث فاذا خرج الجذع او الجذعان ينبغي لاجل استعمال الجفث ان يكون احدا الرأسين في التقعير فاذا جاء الجنين المشوه بالقمة لم يلزم وضع الاكّة الا اذا لم يخرج احد الرأسين من المضيق العلوي ففي الحالة الاولى اى اذا كان الجذع من الخارج ينبغي ان ينزل او الرأس الاقرب للمسطح الخلفي من الحوض وفي الحالة الثانية انهما ينزل الرأس الذي يكون بالطبيعة ملتقيا فهو العانة وبالاختصار تكون العملية على حسب القواعد التي ذكرناها قريبا ولا نستدعي احتراسا آخر الا المبادرة برفع يد الجفث والجذب من اول الامر في اتجاه محور الفرج فيكون ذلك واسطة وحيدة لعدم قهر الرأس الثاني الذي لم يرزل محويا في الرحم على ان يتقلب او يبقى كأنه مشبوك اعلى العانة او على الزاوية الهجرية الفقرية

(المطلب الخامس)

(في ادخال الجفث فيما اذا بقي الرأس وحده في الرحم)

كانوا سابقا يجذبون الجنين بقوة اذا ظن احتياجا جذبته بالتقدمين فكثيرا ما كان يشاهد فصل العنق والجذع من الرأس وخروج الجذع وحده بدون رأس مدة فعل الحركات العنيفة ولكن مثل ذلك لا يحصل الا من المولود الجاهل اذا اليد وحدها ينبغي ان لا يعطى لها في الاستعمال قوة تشنج ذلك ولا يحصل الا اذا كان احد الممرات واسعا بالنسبة لتزول الجذع وضيقا بالنسبة للرأس بحيث يوقه عن التزول وقد يكون من النافع في بعض الاحوال فصل جزء الجنين الذي في الخارج عن الذي لم يرزل محويا في باطن اعضاء التناسل

(انظر وضع الذراع) غير ان الاضرار لذلك نادر جدا اذ خروج الجذع لا يمنع وضع الجفت لاجل اخراج الرأس فعلى الطبيب الماهر ان لا يقدم على التقطيع حتى يستعمل جذبات لطيفة اما يدها وبالاكلة فينبغي لذلك قبل كل شيء ان يمسح الرأس بالمناسب اى ان يقهر محورها القمعدوى للذقنى على ان يجاور محاور الحوض ويقهر الوجه على الالتفات الى الخلف فاذا وصل الرأس الى التقعير سهل فى العتاب مستكه مثل ما اذا لم يكن منفصلا عن الجذع والعمالية فى المضيق العلوى تكون غالباً فى غاية اللطف والخفة ونظيراتها لا تعمل اذا كان انقباض الرحم قليلا ولم يرل الوجه والقمعدوة غير داخل فى المضيق فاذا كان الرأس منتبها جدا بسبب حصر الرحم عليه او امكن حفظه باليد بحيث لا يفرض من الاكلة التى تقش على مسكه فانه يفعل كما اذا كان الجسم متصلا به نهائيه انه لاجل تأكد كونه لا يميل للحركة وكون القطر القمعدوى الجبهي فى محل القطر القمعدوى للذقنى مدة الجذبات يجتهد فى ان يوضع على الوجه او الذقن الاصبعان الاولان من اليد التى تعانق اصل الجفت قرب القريج * وبالجمله هنالك ما نعان قد يعارضان خروج الرأس بعد قطعه من الجذع احدهما الضيق الفجائى لعنق الرحم وثانيهما عيوب المضيقين وتقول بعبارة اخرى ان الرأس اما ان يكون الماسك له هو الرحم او الحوض بحيث ينسحق فى غالب الاحوال ان يقدم على استعمال الجفت استعمال الاستعمالات والمركبات الا فيونيقا المرحيات بل والاستفراغات الدموية ايضا

(خاتمة)

(فى قواعد مختصرة تتعلق بالجفت)

لنضم هذا الفصل بقواعد كلية تتعلق باستعمال الجفت * الاولى لا ينبغي وضع الجفت بدون ان يتحقق الاضرار له لانه اذا لم يكن مؤذيا للبنين قد يكون فيه خطر عظيم للمرأة * الثانية لا يستعمل فى ايدي مهرة المولدين الا مرة واحدة من مابقي ولادة فان المظنون عموما ان الشبل المولدين يصير استعمال الجفت غير نافع فى كثير من الاحوال وهذا هو الذى صيره نادر الاستعمال

والذين يكثرون من اشتد ما له ليس غلظتهم لكونهم يملون عملية غير نافعة
وانما لكونهم يشوشون سير وظيفة طبيعية بدون احتياج لذلك ويعرضون
المرأة لان تصير توابع الولادة فيها اكثر تضاعفا وان تأكد عندهم عدم اصابهم
عضوا من اعضائها الثالثة لا يوضع الحف بمفعة الاعلى الرأس سواء نزل
اولا او بعد الجذع الرابعة متفعة الحف جذب الرأس وتقص حجم الاجزاء التي
يوضع عليها الخامسة لا يجمع في دخوله في الرحم الا اذا كانت الفوهة متسعة
انساعا كافيا والرأس ليس سائبا ولا غير متحرك فيلهو اعلى عن المضيق العلوى
السادسة ينبغي ان تعانق ملفقيه جانبي الرأس بالضبط حسب الامكان
في اتجاه القطر المقعدوى الدقي ومع ذلك اذا حصل عائق اوشك في ذلك كان
الاحسن فالاسهل توجيه الاجزاء الجانبية للعوض السابعة ما عدا الوضع
المقعدوى الحرقى الايمن اذالم يرد مسك الرأس من المقعدوة والجبهة ينبغي
ان يوضع اول الفرع الايسر لانه هو الذى يبقى من الاسفل الثامنة ينبغي
في وضع الملقطين باى كيفية كانت ان توصل الحافة المقعرة الى الامام
فانامسك الرأس من طرفي قطره المقعدوى الجبهى ولم يتقلب بنفسه في نزوله
بين يديك حتى الآلة صحت ان يترك في المضيق السفلى لمسك من جهة اخرى اذا كان
استعمال الحف حيث تضروريا ايضا على ان هذا الاحتياض قد يترك في بعض
الاجزاء فان الرأس اذ امسك هكذا في وضع مستعرض للوجه واللقمة ينتهى
حال الجمجمة دائما بلان تجاوزها وتجاوزه الآلة ولا يكون هناك مانع يمنع جذبها
الى الخارج بالخرف بل او بالعرض ايضا التاسعة ينبغي جذب الرأس
في اتجاه مخاويرها باطراف دائما ابسرعة ورج والجذبات الى اليمين والى الشمال
ليست نافعة الا وقت ان يكون الرأس مائلا للفرج بل قد تكون خطرة اذا فعلت
في المضيق العلوى العاشرة ينبغي ان ترال الآلة اذالم يقف الرأس في المضيق
السفلى الا من الاجزاء المخوفة ولبست آلة ذلك كونه غير نافع فقط بل الاهم
في العلة هو التكرار من تمزق العجان فاخر اجها يسمح للفرج بان يتسع يطفى
واتظام الحادية عشر كتر استعمال الحف من زمن لوفريت الى زمن بودولوك

وطعن فيه في تلك الأزمنة كثير من العلماء سيما في بلاد الانقليز حتى قال داتمان
ان اهل فرنسا يحبون الآلات وان لم يكن لها قمع بخلاف الانقليزيين
فلذا كانت اعمال هؤلاء اقوى وامكن وقال لرواس ان جفت الولادة غير نافع
بل خطروا ان الجفت الحقيقي هو الموضع انتهى واما الآن فقد قلب الحال
بل ربما كان في فرنسا اقل استعمالا منه في غيرها من بلاد الانقليز والنمسا
حتى ان بعض التيساريين في ثلاثماية وخمسين ولادة استعمل الجفت ثلاثا
وتسعين مرة والكلاب ثمانية وعشرين ونجيل الذي اعماله في غاية الاتقان
استعمله مرة في ثلاث وخمسين اما في فرنسا فاستعمل في مارستان بيت الله
بياريس مرة في مائتين وثمانين ولادة وفي مارستان آخر مرة في مائتين واربعين
وفي آخر مرتين في مائتين وستة عشر ولادة وفي بلاد الموسكوف مرتين في خمس
وثمانين ولادة وفي مشاهدات المولدين اكثر من ذلك

(الفصل الثاني)

(في الرافعة)

ذكر هرنيوس وداتمان ان الرافعة انفع من الجفت ولم يعرف بالتحقيق
مخترعها انظر الجفت ايضا فهل اصلها كلاب سلسوس او لمعقة المستخرجين
للحصى والالالة التي كانت تستعملها عائلة شمير لان اواحد فرعى جفت
الولادة السجلى وحصل فيه تنوع اوهى غير ذلك وهذه الالة اشتهرت
سنة ١٧٥٣ عيسوية وشرحت بشروح مختلفة كما وقع ذلك في جفت الولادة
ونبت كل رافعة لحكيم عرفت به كرافعة بوم وبروين وقبسج ورنويران وغيرهم
واختلفوا ايضا في المحل الذي يوضع عليه فقيل على القمعة وقيل على الصدغ
وقيل على القنطرة الحلي وقيل انها تنبت على جانب الذقن واما منافعها فكثرت
كثيرة على حسب ما قاله بروين بحيث تقهر كل نعصر كالغلاب الرأس ووقوفه
في المجر وانحصاره حتى زعم بعض علماء هولانده انه ازال بها انحصار ثمانية
رأس في مسافة اثنين واربعين سنة واما علماء فرانسة فسمكوا بان وظيفة تعديل
الرأس وقهر القمعة المنقلبة على ان تكون في مركز الحوض

وعلى كل حال فلقد كانت رافعة برون لوحا من فولاذ طولها تقريبا عشرة
 قرار بط وعرضه اصبع ونصف ومنحنية من طرفيها على شكل ملوق وملفوف
 عليها عصابة لزجة ورافعة يوم كانت من جلد طبي ورافعة تيسنج كانت ملوفا
 بسيطا وشبه ملعقة مصمتة تنتهي بدها بحلقه واسعة واما الرافعة المستعملة
 الآن التي نوعها بيان وبودلوك فانما هي كاحد فرعي الجفت المستقيم لسهلي
 وهي طويلة خالية من البروز الذي في الجفت ومقوسة يسيرا وملعقة هذا
 القضيبة مثقبة تقوبا عريضة ويدها من الابنوس وهذه الرافعة نوعها
 المتأخرون كثير في طولها ودرجة تقوسها وشكلها فان بعضهم جعلها
 قضيبا منكسرا قبل الانثناء ليسهل حملها

(مبحث في استعمال الرافعة)

قد انتهى الحال بالاتفاق على ان الرافعة ليس القصد منها ان تعمل بدل الجفت
 وان نهاية ما يكون انها تقدم لتكميل حركة انثناء الرأس بتشبهها بالقمعة
 فيكون استعمالها قاصرا لان الاصابع في مثل هذه الحالة تكفي عنها غالبا
 فاذا اضطر لاستعمال آلة قام فرع الجفت مقام الرافعة خلافا لما فهمه بعض
 المولدين الاقلين بين ولذلك اخترعوا للرافعة انواعا كثيرة

ثم ان الرافعة لها غايتان فمن جهة نستعمل بقصد عدل الرأس وايصاله الى وضعه
 الطبيعي ومن جهة اخرى يمكن ان تستخدم كجفت الولادة لجذب الرأس الى الخارج
 اذ انزل في التقعير في الحالة الاولى يصح في غالب الاحوال ان تقوم مقامها
 الاصابع او فرع من فرعي الجفت وفي الحالة الثانية حال الموقف عندي يقين
 بانها كثيرا ما تقوم هي ايضا مقام الجفت وفي الحالة الاولى يكون فعلها على
 القمعة واولى المدببة الجدارية كفعل كلاب بسيط وفي الحالة الثانية تستخدم
 كرافعة من النوع الاول فالرافعة الشبيهة بالكلاب وتوجد عند السكاكينيين
 فيما حول مدرسة باريس وتقرب من رافعة فلان ومن التي نوعها بودلوك
 ويهيئ هي التامة الصفات قال المؤلف والاحسن عندي في التي هي كرافعة
 حقيقية ان تكون قصيرة ومنحنية بواسطة مشبك لم يضعف قوتها ثم ما تكون

مستقيمة من طرف يدها الى ثلاثا تقارب ط تقريرا من الطرف السائب ملقعة
وتكون هذه الملقة عريضة يضاوية منتهية باصل مسطح مستطيل يأخذ
في الاكتناز يبطى حتى يصل الى اليد ويلزم ان تكون جيدة الصقل والملاسة
ماعد الجزء المتوسط من تقعرها والجزء الذي يلزم ان يستند على الرأس
وفي هذا البحث مطلبان

(المطلب الاول)

(في استعمال الرافعة ككلاب)

اذا اردنا استعمال الرافعة على حسب اصول مؤلفي فرانسنا تمسك باليد اليمنى
في الوضع القمعدوى الحرقفي الايمن وباليمنى في الوضع القمعدوى الحرقفي
الايسر وبأي واحدة منهما في الاوضاع المتقدمة الخلفية ومن حيث ان هذه
الالة تستدعي الاحتراسات التي يستدعيها كل فرع من فروع الجفت يلزم ان
تكون مهيأة بين الوخه الباطن لاعضاء التماسل ورأس الجنين حتى تجاوز
البروز القمعدوى او الحدة الخدارية ويبحث يسهل وضع تقعرها على احد
هذين الجزئين ومن حيث انه لا يمكن ازلاقتها بدون واسطة خلف القمعدوى
في الوضع القمعدوى الخلفي والجيني العائني يلزم ان توجه اولاه على الجانب قليلا
لتذهب بعد ذلك للجزء الذي يلزم نزوله فاذا وضعت جيدها من خلفها باليد
التي اهدت بها ملقعتها ولاجل تأكيدها عدم انزلاقها وكون ظهرها لم يحتك
في اعضاء المرأة تجذب يدها باليد الاخرى الى الخلف او الى الامام او الى الجانب
اي الى الجهة المتعابلة للجهة الملتفت اليها البروز الذي يراد نزوله وبفعل ذلك
عموما في فترات الانقباضات وتم العملية عندما تصل القمة الى مركز الحوض
فتخرج الالة وتترك الولادة بعد ذلك لنفسها او تساعد بوسائط اخر اذا احتج
لذلك واما فلان الذي اذا دامت مالها ككلاب فقال ان احدى اليدين
تذهب للجزء من الجمجمة المقابل للالة ونؤثر مع الرافعة لاجل اخراج الرأس
فاذا استعملت بهذه الكيفية قامت مقام الجفت بل تكون انفع منه لكن اذا اريد
تحصيل هذه الغاية كانت الطريقة الآتية على الاثر افضل

(المطلب الثاني)

(في استعمال الرافعة بحفت الولادة)

كيفية استعمال الرافعة كما تستعمل في بلاد الفلنك والانتظار اعني كونها
تقوم مقام الجفت بسيطة جدا فالاول من الجيد ان يكون الرأس في التقعير
وان يكون فعل حركته المدارية او معظمها وثانيا ان لا يكون هنالك الانضاباق
قليل في المضيق السفلي او نقول وهو الاحسن ان يكون بطي الطلق ناشئا
من عدم فعل الرحم او المرأة وعلى اى حالة كان وضع الرأس ينبغي ان تختار
للجذب اليد اليمنى مالم يكن الطبيب المولدي يعمل جميع اعماله باليسرى ولاجل
لداخلها ينبغي ان يستعان باليد اليمنى اذ لنزوم توجيه الرافعة للجهة اليمنى من
الحوض وباليدي اليسرى في عكس ذلك فاذا كانت القمعدوة من الامام او الى
اليسار قليلا تدخل الرافعة باليد اليمنى كما يدخل الفرع الايمن من الجفت امام
الارتفاق الهجري الحرقني الايمن فاذا ادخلت ادخلا كافيا يستعان باليد
معالتوصلا ن تقعير ملعقتها للقسم الصدغي الجداري الايمن اعني في اتجاه
المحور القمعدوي المنقني وعلى نفس الاجزاء التي يعاقتها الفرع المائل لتلك
الالة من الجفت فاصابع اليد اليسرى تمسك الجانب الايسر من قبة الجمجمة
والا بهلالم الموضوعة قرب الفرج فحلق ظهر الرافعة وتكون لها اذا انضمت
بالجزء الايمن من القوس العاني نقطة ارتكاز وينتظر الفعل القوى للبنية
ثم تجذب باليد اليمنى يبطئ لكن بقوة كالتحريك رافعة من النوع الاول من اسفل
الى اعلى ومن اليسار الى اليمين فالرأس حينئذ يتقاد بسهولة فيجذب شيئا
فشيئا على اتجاه محور المضيق السفلي فينفذ منه بتوسيعه وبعد ذلك تصير الرافعة
عديمة النفع فالعنف الذي يقبله الرأس بهذه الكيفية يذهب تأثيره من الذقن
الى القمعدوة اى في اتجاه خط يمر من الزاوية الفكية اليمنى الى الجانب الايسر
من قبة الرأس بحيث لا تستغرب سهولة التجذاب ذلك الرأس وان كان
ممسوكا بالمسطح الخلفي الايسر للحوض
فان كانت القمعدوة من اليمين في الوضع الثاني مثلا دخلت الرافعة باليد اليسرى

لكن بعد ذلك توضع كاقلسار اليد اليمنى الماسكة لليد الاكلى تجذب ايضا بالكييفية السابقة الا ان الحركة الارجوحية تحصل من اليمين الى اليسار لا من اليسار الى اليمين فاذا كانت القمة من الحلف فبدل ان توضع الرافعة من الامام يلزم ان توضع على القسم الجدارى الصدغى في اتجاه القطر القمى القمى وتفعّل الحركة الارجوحية بحيث ان القمى قدوة التى يلزم ان تقبل هنا العنق الاصلى يخرج اولا امام الجحان وترفع بقوة نحو مركز القرج وهذا الوضع اقل نفعاً من الآخر ولا بد الا انه لم يكن رائد العسر * قال المؤلف واني اعلم ان ما تفعّله الرافعة في هذه الاحوال يفعّله الحلفت ايضا بل ربما كان هو أككد منها ولكن ليس مرادى ان اقول بناء على ذلك ان الاولى ابد الهابة وانما اقول ان كيفية العمل بالرافعة غير معروفة جيداً عندنا فاستعمها وان لم يكن ضرورياً الا انه غير ممنوع فان وضعها بسيط جداً غير ضار بالنظر لما بلتها بالحلفت من جهة انه لا يلتجأ اليها الا اذا اجاء الرأس للمضيق الجحاني وكان الظاهر انه لم يقف الا لعدم الفعل العضوى للمرأة ولان نصف على ذلك ايضا ان دخولها يكون نفعه في الغالب كونه يعين على ظهور الانقباضات الرحمية والعضلات البطنية فافله ان هذه الآلة تكون بواسطة ذلك سبباً لاتمام الطلق بدون ان تعرض الام او الجنين لادنى خطر ومنهم من اطب في مدحها وفضلها على الحلفت مثل دو جلاس ويودلوك الصغير

(القسم الثالث)

(في العرى والشبكات)

العرى قطع من خرق او غزل او حرير او صوف او جلد او قطن تقوى احيانا بسمار او شعر من القيطس او سلول معدنية او صقاج من حديد او فولاذ تشبك ببعضها وتوضع احيانا على اجزاء مختلفة من الجنين لاجل استخراجها واستعمال هذه الوسائط قديم جداً حتى في زمن بقراط حتى ان الرازي من اطباء العرب اخترع شبكة مدحها سملي وقبل اختراع جفت الولادة والرافعة كانت العرى والشبكات مع الصنارة التى سميناهما بالكلاب هى الآلات التى توضع

على الجنين لاجل اخراجه اذا كان هناك رجاء في حفظ حياته فان سينا الوصي
 بان يذهب بها للجدع واما غيره ممن بعده فاخترعوا هيئة ~~اصكيا~~ واصكيا من وانما
 وقتل نسوان ومقالبع واشربة توضع كلها على الرأس وقد هجرت هذم كلها
 بيجفت الولادة فاذا صير هذا الجفت جميع هذه العرى والشبكات التي كانت
 سابقا توضع على الرأس غير نافعة فان التحويل بالتقديم الذي عرف الآن
 جيد او عرف اعماله احسن مما كان قبل القرن الاخير يصير ايضا الوسائط التي
 كان يذهب بها للجدع بعض المولدين بلذبه جذبا صناعيا غير لازمة بحيث
 صارت العروة الا ان مجرد شريط من غزل او حريرا وصف طوله اونه تقريبا
 وعرضه قيراط وبواسطته يمسك طرف مدة التفطيش على الطرف الاخر او على
 الباقي من الجنين وبعض الناس يستعملها ايضا لجذبها المأبض او الاربية
 او الابط لكن من حيث ان الكلابات اى الصنارات المحفوفة او الاصابع انفع
 من الاشرطة دائما لم تكن تلك الاشرطة نافعة في الحقيقة الا في اليد او الخنثال
 الرجل اذا جاء الجنين بالذراع او عمل التحويل بالتقديم

ولاجل وضع العروة يوضع الشريط اولا مزدوجا بان يثنى ويدخل طرفاه
 في عروته وتوسع تلك العقدة المتكونة من ذلك بطرف الابهام واصبعين او ثلاثة
 من يدهم يد الجنين او رجله ثم تراق باليد الاخرى حلقة العروة الى اعلى
 مفصل راس اليد او الرجل ثم يعطى الشريط لمساعد يحفظه بدون جذب
 والجراح يقتش على الاعضاء الاخر التي يريد تنفيذها من المضيق السفلي
 فاذا وصل الى نزول الرجلين لم يضطر بعد ذلك للعروة التي في المساق اما اذا كانت
 العروة في خنقة اليد جازان يستخدمها ايضا لحفظ الذراع متمسدا على الجذع
 وبموجب ذلك فعين على خروج المنكب المحاذي لذلك الذراع وبالجملة فالعروة
 واسطة ينحصر نفعها الآن في اشياء قليلة وكيفية تها سهلة بحيث لا تحتاج
 لشرح طويل

(القسم الرابع)

(في حصر الرأس)

اختلف المؤلفون في حقيقة الحصر فقيل هو ان يزلق الرأس في عمرة بين عظام
العانة والعجز بحيث لا يمكن ان تقدم ولا ان يتقهقر ولا توجه اليه آلة
من الآلات وقيل هو حصره بين عظام الحوض كما يحصر الحجر المسمى بالفلاق
في عرف البنابين بين حجرين في اعلى القبوة وقال يديره هو ان تمسك دائرة
الرأس في المضيق او في التقعر بحيث لا يمكن ان يدخل مسبار بينهما وبين اعضاء
المرأة وتسم بعضهم الحصر الى صادق وكاذب وعرفه بزق الرأس بين المضيقين
بحيث لا يمكن صعوده ولا نزوله وقال بودلوك هو ان يثبت الرأس في المضيقين
العلويين بطرفي قطر من اقطاره بحيث لا يمكن تقدمه بفعل القوى الطبيعية
ولا اندفاعه الى الداخل بيد الطبيب المولد وقال فلان هو ان يمسك الرأس
من جزئين متقابلين فيصير غير قابل للحركة من اعلى الى اسفل ويمكن دفعه
الى الداخل لكن لا يقبل حركة استدارة اصلا واختار المتأخرون تعريف
بودلوك ونوعه ديزرموس بعض تنوع وهو الاضبط في الحقيقة فيقال
هو ان يمسك الرأس من محلين متقابلين من دائرته في الحوض بحيث لا يمكن
نزوله من فعل حركات الاندفاع وحدها ولا يمكن صعوده الا بصعوبة شديدة فزعمه
يديره غير ممكن واما القابلة لسبيل فلم تحتشأ من ذلك وقالت ينبغي ان ينسب
جميع ما شرح مسعى بذلك له يوب الحوض وللأوضاع الرديئة للرأس
اولا نقباضات الرديئة الدائمة للرحم

وعلى كل حال فالحصر صار في زمننا هذا نادرا جدا واما ما ذكره بعضهم
من زعمه وجدانه ثمانية مرة في مدة اربعين سنة وعن آخر من وجدانه ثنتين
وستين وما يتبين مرة في مدة تسع عشرة سنة فهذا منظر آخر غير ما ذكرني به
لان الزاعمين ذلك يظهر انهم يسمون بذلك جميع الاحوال التي يقف فيها الرأس
باى وجه كان في الحوض بحيث يستدعى الحال استعمال الرافعة فالرأس
المحصور عندهم غير ما ذكرني به على حسب تعريف بودلوك حتى ان دويس الذي
ذكر الحصر على رأى بودلوك تنهب من كونه لم يعثر عليه مرة واحدة
وظن ان ذلك لكون حوض الاميرقيات اجود تكونا من حوض نساء الاوربا

مع ان القابلة لتشغيل لم تشاهد اصلا ولم يزل نادرا يساريس ايضا فلا فرق
أذن بين نساء الاميرة وغيرها وانما الفرق اختلاف معنى الحصر عند المؤلفين
فمنه نالا يذهب التباسه بالاحوال التي يتثبت فيها الرأس بالمضيق العلوى
كان الرحم اذا خلصت من السائل الامنيوسى تمسك مدة طويلة كأنها
ملتصقة بالجذنين ولا التباسه بوقوف الرأس بين مضيقين ضيقين بعد
ان يمر بمنقعة من الدائرة الحوضية العليا ولا بالرأس الذى لم يمنع خروجه
الامقاومة الجمان اوضيق المضيق السفلى

كيفية حصول الحصر لا يمكن حصر الرأس الاق المضيق البطنى بين العاتين
والهجز ويلزم لحصول ذلك جملة شروط الاول ان يأتى الرأس بالعرض اى من
الامام الى الخلف والثانى اذا كان الحوض جيد التكون يلزم ان يكون الرأس
كبيرا الحجم جدا والثالث ان لا يكون ضيق تجويف الحوض زائدا او تقول
كما قال بعضهم ان يكون المضيق كلبوا بالاربع ان يكون بين الهجز والعانة ثلاثة
قرايرط ونصف فى وضع مقدم خلقي او ثلاثة فقط فى وضع مستعرض نظرا الى
ان الحصر لا يوجد الا اذا تسرل الرأس النزول الى محاذاة اعظم سمك قعها
والخامس ان لا تكون الانقباضات الرحمية شديدة جدا بحال المواقف ومن هذه
الشروط شرط يلزم ان تسلك فيه كلمات وذلك انه يهسر فهم ان القطر
المقصودى الجيهى ينحصر فى القطر الهجزى المامى فان فرعى الزاوية الموجودين
قيمة غير متساوين بحيث ان جزءه المقصودى لا ينخفض اولا ولا سيما
اذا اثرت الحركات العنيفة للمرأة عليه بشدة بواسطة العمود الفقرى فاذا
يكون القريب للعقل الذى ان ينحصر هو القطر المقصودى القمى وان الرأس
يمكن ان يمسك بين الهجز والعانة من اقطار اخر من الدائرة المقصودية القيمة
كما يحصل بالقطر الجدارى المزدوج

ويصح ان يختار ايضا وقال ديزموس ان الحصر قد يحصل احيانا فى التقعير
اذا كان الهجز مسطحا او قريبا للتسطح فكان الرأس يمر من قناة تأخذ
فى تضابق العرض شيئا فشيئا كلما نزلت الى الاسفل وينتهى حاله بعدم امكان

ادارته على محوره او تقدمه الى الاسفل بل ولا رجوعه بعض خطوط فقر

المضيق العلوى

العلامات * ذكر وامن علامات الحصر انتفاخ شقي العنق واعضاء التناسل
الظاهرة والانتفاخ الزائد بلادة رأس الجنين وتراكب عظام الجمجمة على
بعضها لكن اغلب هذه الظواهر قد يوجد بدون حصول حصر فلذا كان
الاعتماد عليها في التشخيص غير أكيد * والعلامة الوصفية لمثل هذه الحالة
تؤخذ من ثبت الرأس بحيث انه مع شدة اوجاع الطلق لا يحصل له تقدم مدة
ساعات في وقت الانقباض يظهر كأنه تقدم قليلا لكن بعد ذلك حالا يصعد
للصل الذي كان شاغلا له من قبل فاذا اجتمع الطبيب في دفعه الى الداخل
باليد وجده غير قابل لتحرك ولا يصل لتحركة الا بعسر شديد وينبغي ان يعرف
ايضا انه باستداده يمكن ان يظهر كأنه نزل وقرب للفرج مع انه في الواقع لم يغير محله
وكم غلط في مثل ذلك كثير من اطباء ووطنوا انه نزل بالكلية من المضيق
العلوى مع ان دائرة الرأس القمعية لم تكن دخلت في المضيق واتفق
ايضا ان بالجلس وجدت القمة بعيدة عن الفرج ببعض خطوط فجزموا من ذلك
بان الرأس نزل في التقهير مع ان الامر لم يكن كذلك فلاجل الحذر من هذا
الغلط ينبغي ان يتذكر او لا ان ارتفاع ارتفاق العانة يكون من ثمانية عشر
خطا الى اربعة وعشر بن و بموجب ذلك يمكن ان يلامس جلد جمجمة الجنين
طرف الفرج مع ان الحدبتين الجداريتين لم تزالا في المضيق العلوى وثانيا
انه يلزم ان يوجه الاصبع الى الخلف خصوصا الى الامام فقط اذا اريد معرفة
الاجزاء من الحوض المشغولة بالرأس وثالثا ان الحصر يمكن ان يحصل اسفل

المضيق العلوى

الاخطار * هذا السبب لعسر الولادة له درجات مختلفة فتارة يكون عدم
التناسب بين الرأس والحوض قليلا بحيث لا ينتج من ذلك الا بعض بطئ
في الطلق وبعض تعب للمرأة وتارة يكون عظيما بحيث يصير الولادة عسرة
جدا لانها غير ممكنة بحيث تحتاج لامتعانة الصنعة اذا بقيت الاتباضات

الرجسية ونارة يعظم جدا بحيث تهبز البنية الطبيعية عن قهره فيحتاج
 لاسعافات الصناعة في الحالة الاولى يكون الحصر قليل الخطر ولا يحصل
 في الغالب بعده الا قليل تهيج واستعداد للالتهابات وفي الحالة الثانية والثالثة
 يحصل من ذلك عارض ثقيل للام وجنينهما يقتوالى الاوجاع بدون فائدة مع
 قوة وسرعة وتنتهي بمحصول هبوط عام للمرأة ونحوه اذا لم ينتج من ذلك ايضا
 التهاب في الرحم او في البريتون او زيف او تشنجات وتضغط المثانة والمستقيم
 ويجري البول وغيرها من الاعضاء الرخوة التي في التقعير انضغاطا شديدا
 طويلا ويمكن ان ترض وتتقرح وتتفقر ونصير في الغالب محلا لتواصير عسرة
 الشفا بل غير قابلة له اول غير ذلك من التغيرات الخفيفة وانضغاط الاعصاب
 ولا سيما الاوعية قد يحصل منه شلل او انتفاخ او ارتشاح في الرجلين والفرج
 وقد تحصل اخطار من تعدد الارتفاقات والمفاصل قد دأ شديدا اذا بقيت
 الحركات الاندفاعية قوية

وطول الطلق بعد سيلان المياه وتأثير الانقباضات على الجنين مباشرة
 يمرضان الجنين لنفس العوارض التي تسبب عن كل ولادة طويلة عسرة
 اعنى الاختناق والموت وايضا فان الرأس لا ينطبق تماما مع المضيقين
 اذ التقعير بدون ان يكبلد المخ نفسه انضغاطا يكون خطرا في الغالب بل ربما
 كان مهلكا ولا سيما اذا كان الحوض معيب التكون والزاوية العجزية القترية
 زائدة البروز ومعد ذلك قد ينتج ايضا كسر وانسكاب ظاهري او باطني
 وتمزق وغير ذلك

العلاج من الواضح انه لاجل التعرض من كثير من الاخطار ينبغي ان يصمرع
 الطبيب بامانة البنية الضعيفة ومع ذلك اذا بادر بالعمل وقع في خطر العمل
 بدون حاجة فان انتظر فقد الزمن المناسب فكيف الاحتراس من هاتين الغابتين
 لكن الطبيب الماهر يصل لذلك غالبا بدون مشقة وذلك اذا لاحظ ما اعتبر
 قاعدة من انه يلزم المبادرة باخراج الرأس بالخط سواء كان محصورا ام لا
 اذا بقي ساعة او ساعتين في التقعير لكن بعد ان يتحقق انه لا يمر من الممرات بنفسه

اولا تحصل الولادة بدون ان يحصل شيء من تلك العوارض التي ذكرناها قريبا
 فبعضنا ذلك تساعد المرأة فان هذه الحالة حصر حقيقي للرأس والمتقدمون
 اوصوا بذلك بالتحويل بالقدمين غير ان ذلك لا يمكن استعماله والمقاليح
 والاشربة والمشبكات غير كافية لذلك ايضا ووجد المولودون في القرن الاخير
 لذلك الرخوة والموتى وغيره بخت الولادة منفصلين عن بعضهما ولم يحصل
 منهما المباح على يد بعض الاطباء لانهم استعملوها في احوال تختلف
 عن ما يراد الان بمعنى الحصر ومن الواضح ان رافعة روبرن لا تقدر على قهر
 الرأس على النزول لذل لم يكن هناك تناسب بينه وبين المضيقين نهاية فعلها
 انه يمكن ان تغير موضعه وتعطيه وضعها مناسب وفي تلك الحالة لا يكون الرأس
 في الحقيقة منحصرا فاذا لم يكن هناك الاجت الولاة الذي يضم افعال
 الطبيب لافعال الرحم والعضلات البطنية ولكن من حيث انه لا يمكن
 ان توجه ملعته الى اعلى جانبي الحوض اعترض بعض الممارسين بان هذه الآلة
 بضغطها الرأس من اليمين الى اليسار يلزم ان تزيد في الضغط الذي يكابده
 الرأس من الامام الى الخلف بدل ان تنقصه فتولد الحصر بدل ان تذهبه ونحن
 نقول ان المشاهدات تبطل ذلك على انه لا يصح ان يقال ان انقطار الرأس
 تكسب من جانب ما تقصده من الجانب الآخر اذ ضغط في الحصر يقهر
 الرأس على ان يتقدم من دائرة تؤثر عليه ~~ككتاثير~~ حلقة فيصغر حجمه بضغط
 واصل وبذلك يصل الجفت الى جذبه الى الخارج فاذا لم ينجح ذلك ومات الجنين
 تعمل عملية كسر الرأس ثم تستعمل الكلابات اى الصنابير اما اذا بقي الجنين
 حيا فيستأثر المشق العاني فانه احسن من العملية القيصرية التي لا يحتاج
 اليها هنا

وحصر المنه ~~كك~~ين لا يتعب القوايل لتكون جزء من الرأس يخرج قبل ذلك
 من المضيق السفلى كما ان المنكبين مطلوقان اعلى عن المضيق العلوى وحصر
 الاليتين يصير ايضا فهمه فلا يحتاج لادنى اقباه ~~كك~~ قال المؤلف ولختم ذلك
 بان نبيه على ان ما قالوه في الحصر منسوب لعيوب الحوض لا لغيرها فيصح

اذا دقت النظر ان نعى بهذه الكلمة جميع الاحوال التى ينزق فيها الرأس
بأى كيفية كانت فى الممرات العظمية

(القسم الخامس)

(فى ضيق الحوض)

اذا كان الحوض معيبا بحيث يصير الولادة غير ممكنة حتى بمساعدة الآلات
التي ذكرناها اضطر لاستعمال احدى ثلاث وسائط حتى تخلص المرأة من
الحمل الاولى ان يفعل فى الجنين شئ بحيث يتقص حجمه والثانية ان يوسع
الحوض والثالثة ان يخرج الجنين من طريق صناعي ومن حيث ان هذه
الكيفية خطيرة جدا للام وحينئذ يلزم قبل استعمالها ان نعى الاحوال
التي تكون تلك الوسائط لازمة لها فلاجل ذلك يلزم الطبيب ان يعرف الابعاد
الصحيحة للرأس والحوض والاقطار التي يلزم ان تتوافق فى الازمنة المختلفة
للطاق وان يعرف ايضا قدر النقص الذي يكون الرأس قابلا له ودرجة قوة
المرأة وتشجيعها وان كانت معرفة ذلك تقريرية لا تحقيقية وقد اخترعوا
مقاييس للرأس ووسائط لتحقيق ذلك الا ان الكدهى الاصابع وان لم يتيسر
لامهر المولدين ان يجزم فى بحثه بخطتين او ثلاثة فى قطر من اقطار الرأس
لما ان ذلك عسر التحقيق وعلمية دعى الاقتباس ايضا درجة صلابة الحوض
وشكل المضيق الضيق واتجاه محاوره فلا قد تلين الارتقاقات اى المفاصل
بحيث يتأنى لتزلاق بعض العظام على بعضها فاحدى العاتين تتجه
الى الخلف فيطول بقدر ذلك القطر المنحرف الهاذى لها وكذلك عظام الخرقفة
قد يجذبان ايضا الى الامام بسبب انخساف العجز ودخوله بينهما فيحصل من
ذلك اتساع زائد فى القطر العجزى العائى فاذا كان المضيق العلوى كمانية
بارقم الافرنجى او ان الضيق كان من جانب واحد فقط وكان الرأس موضوعا
بالعرض والقعدودة ملتقنة نحو الجانب الاوسع من الحوض جازى بعض
الاحيان ان يمر ذلك الرأس من هذه القنطرة وان كان الضيق فيها عظيما
واذا قرب محور المضيق لمحور السلسلة الفقرية التزم طرفا القطر الجدارى

المزروج او القطر القمى ان ينزلا معا مستدعين مسافة ثلاثة
 قرار بطقريباً بخلاف ما اذا كان المضيق مائلاً جداً الى الامام فان احدى
 الخدين الجداريتين يمكن ان تدخل قبل الاخرى بحيث تكسب ثلاثة خطوط
 او اربعة فى النفوذ من الدائرة الحوضية * ونقول من جهة اخرى قال سميل
 ان الرأس القابل للين جداً بطول على شكل مخروط فيدخل على هيئة وتد
 اذا كان الحوض ضيقاً فاذا اندفع بقوة بواسطة الالتباسات الرجية
 والعضلية من المرأة القوية جازان بطول ويتوافق مع الممرات كروور الاول
 فى المسحب فينقص بذلك حجمه تقصاعظماً كثات حجمه الاصلى كما قال دافمان
 ويدقته النسبية بطول الى ثمانية قرار بط كما قال بودلوت ويتسطح تسطحاً كافياً
 بحيث يتقدم من مضيق دى قيراطين ونصف ثم يرجع له حجمه الاصلى فى التقعير
 كما ظن ذلك بويروجيم هذه الاحوال بائى فيها الجنين حياً فالمرأة التى يكون
 قطر هذا الجزى العافى قيراطين ونصفاً قد تلد بدون اعانة الصناعة كما شاهد ذلك
 سولرس واتفق فى امرأة اخرى كانت العناية القيصريه لازمة لها لان قطرها
 العصفى العافى كان ثمانية عشر خطاً ومع ذلك ولدت من نفسها ولداً زنده
 عشرة ارطال ونصف واخرى فى بيت الولادة يارسى خروج منها ولد عند
 ما كانت تعالج بوضع الجفت ثم بعد موتها وجد قطر هذا الجزى العافى قيراطين
 ونسبة خطوط ورجع القطر الجدارى المزروج من رأس جنينها الذى جاء ميتاً
 الى ذلك القدر وكثيراً ما اتفق ولادة نساً بدون استعانة الصناعة مع انهن
 لم يخاصن فى الولادات السابقة الا بالنشق العافى او الولى القيصريه او تقطيع
 الجنين فلذا يلزم ان يكون عند الطبيب الممارس سلامة فى قوته الحاكمة وحسن
 تعقل فى الاحوال التى ترد عليه وان يتروى فى اعماله لاتقان صناعته وحفظ
 حياة هذه الكائنات الحية

وفى بعض الاحيان لا يتوافق الرأس مع شكل فتحات الحوض فيه ~~كسر~~
 وينضغط الخ بذلك انضغاطاً مهلكاً وقد تطول مدة انضغاط الحبل البصرى
 وذلك يمنع فى الغالب خروج الجنين حياً فنسقط قوى المرأة حالاً مع ان هناك

واسطة لنزول هذا الحبل في التقدير وسلامته من هذا الانضغاط وقد تلبب
الثانة وغيرها من الاجزاء الرخوة التي يمتك عليها الرأس بقوة وتمزق او تنقب
والرحم المتجهة جدا باقباضاتها القوية قد تمزق فتموت المرأة ولبس الارتفاعات
واستطالتها كثيرا ما يعقبهما تحرك فيها وخرج متعب فاذا اشتد الفساد حصل
نوس فيها او خراج ينتهي بالموت بسرعة او يبطى فيكون هناك خطر ان
من المهم الاحتراز منهما ويلزم التسك بحالة متوسطة بينهما

فلنفرض ان وضع الحلفت وعملية التحويل لم يحصل منهما فضع او ان الحوض
معيب بحيث لا يتأني فيه استعمال هذه الوسائط ولا تنفع معه الافعال القوية
من المرأة فيسأل ويقال هل توجه الاكث على المرأة او على جنينها ويقال ايضا
اذا تحقق ان الحوض ضيق بحيث يصير ولادة جنين تام الاشهر والخلقة
من الطريق الاعتيادي خطيرة او غير ممكنة فهل تحرض الوالدتسوآ في زمن
متقدم قليلا عن الحبل او فيما بين الشهر السابع والثامن فقط وهل يمكن بمساعدة
تدبير غذائي مضعف او علاج مضعف ان يمنع نمو الجنين الى حد ما بحيث يكون
عند تمام الاشهر صغير الحجم وليكن ذكر ذلك في فصول سترد عليك على الاثر

(الفصل الاول)

(في التدبير المضعف لمن كان حوضها معيبا)

اذا كان حق ان قوة الجنين المحوى في اغشيته تكون مناسبة لقوة الام لم يكن
هنا اقيل ولا احسن من اضعاف النساء المشوهة التركب مدة سير الحبل لكن
لما كانت النساء الاقوياء قد يلدن اولادا ضعافا والضعفا المريضات بالطبيعة
قد يلدن اقوياء كبار الحجم كان هناك وجه الخوف من ككون الحماية القاسية
والاستفرغات الدموية الكثيرة لا يحصل منها في تلك الحالة الاتصير المرأة غير
قادرة على تحمل العمليات التي قد يضطر لعلها عليها وقت الولادة * قال
الموافق واعرف امرأة ولدت مرتين باعانة الصناعة وفي جملها الثالث فصدت
عشر مرات واثنتي عشرة من الاغذية النباتية بقصد عدم زيادة نمو جنينها فبذلك
ضعفت جدا واما جنينها فلم يظهر كونه متأثر من ذلك ولما جاءها الخاض

احتاجت لاستعانة الصناعة كالمادة واعرف اخرى ولدت مرتين مع غاية المشقة ولم تخلف من الحمل فيع ما لا بعد المصكت في الطلق الشاق ثلاثة ايام وبواسطة الحف ولما حلت بالثالث اضعفت فلم يحصل لها في الطلق الا ثقل اخف من العادة وولدت بدون اعانة الصناعة وبدون تعسر ولدا اصغر حجما من المولدين السابقين نعم اعرف ان بعض المولدين الصادقين استنتج من التجربة خلاف ذلك غير ان القاعدة العامة هي ان اضعاف المرأة يوقف غالباً نمو الجنين وقد يتخلف ذلك ولكن لا امر بهذه الوساطة الانساء مصابات بضيق خفيف ويمكن ان يلدن بدون واسطة اذا كان الرأس غير عظيم الحجم

(الفصل الثاني)

(في الولادة المهرضة لمن كان حوضها معيباً)

بحزم جملة من مشاهير الاطباء بلوندره فهو نصف القرن السابق بأنه لا بأس للنساء المعيب حوضهن ان تعرض ولادتهن اذا ظهرت في الجنين امارات الحياة ظهور اقويا واستعمل ذلك عندهم بعض المولدين ثم بعد ذلك ظهرت رسالة فيما تقدم العمالية القيصريية عليها وفي بلاد النمسا عملت الولادة القهريية سنة ١٧٩٩ عيسوية وفعلها كثيرون بعد ذلك وفي فرنسا انتشرت اولاً بالاجهاض مع ان هنالك فرقا عظيماً بينهما فان في الاجهاض المهرض يقصد ازالة البذرة لحفظ حياة الام بخلاف الولادة المعجلة فانه يجتهد في اخراج الجنين حيابدون ان تعرض حياة الام للخطر مع انه يخاف على حياتهما اذا طال الحمل حتى كملت اشهره

(المبحث الاول)

(في الاجهاض المهرض)

الاجهاض الذي كانت تفعله عامة اليونانيين سابقاً واشتهر فيه جملة من علمائهم لا ينبغي فعله الا اذا كان الحوض ضيقاً جداً كأن كان المضيق العجزي العاني اقل من قيراطين مثلاً وخطاره ~~تكون~~ من الواضح اقل مما يقال اذ في شهرين او ثلاثة او اربعة بل خمسة يوصل بدون مشقة للجنين من العنق بمسببار

بل بالاصح ايضا فخلص الرحم منه كما فخلص من قهيدات الدم والاعشمية
الكاذبة وغير ذلك من جميع انواع الطبقات الكاذبة اما استعماله عند العامة
فخاص اوارتكاب ذنب او غير ذلك فعادة رديئة لا ينبغي فعلها ولا تعاطيها
اذ ليس لنا ان نقتل جنينا حيا حتى في اشهره الاول وذلك لان الولادة المهرضة
قبل الشهر السابع مهلكة الجنين ولا بد وبالجملة فمن لا تطف الا جنه متى كان
هناك وجه يدل على ان الولادة تنهى بانتهاء حيدنا ما في الاحوال التي ذكرناها
فليس هناك وجه لذلك لان اغلب النساء اللاتي يفعل معهن ذلك في اواخر
اومنة الحمل يمتن واما في مسئلتنا من العلوم ان الرافة البشرية تمتع شرآ حياة
ممكنة للجنين فمن هو العماية القيصرية او عملية الشق العاني * قال المؤلف
اما انما لا يمكن ان اساو بين الحياة الغير الناسبة للجنين له اربعة اشهر او خمسة
او ستة ولا يكاد الى الان يختلف عن النبات وليس له تعلق بالعالم وبين حياة
امرأ قبل الفة لها ارتباطات كثيرة بالاجتماعات تستدعي حفظها وبقياتها
بحيث انه في حالة التضائق الزائد للعوض اذا تحقق ان الولادة عند تمام الانهر
تكون غير ممكنة لموقوف في الوصية بالاجهاض في الاشهر الاول من الحمل

(المبحث الثماني)

(في الولادة الصناعية التي تعمل قبل وقتها)

متى كان بين العجز والعانة تقوي رابطتين ونصف صح ان يجزم بنفع عملية
الاجهاض المهرض ومن حيث انه شوهه حينئذ اندفاع الجنين حيا الى
الخارج بدون انة شيء يظهر ان الشرف والرقعة البشرية يمنعان ان توجه له
آلة قاتلة من الآلات وان لا يعمل فيه شيء يستدعي موته ومن السعد
ان طريقة الولادة المهرضة هي احسن الطرق للحي الجنين حيا بدون عروض
بحر له لانه لا يراد هنا النفوذ النجافي في الرحم لاجل اخراج الجنين بعنف
قبل تمام اشهره ولا عمل الولادة القيصرية وانما المقصد الزام الرحم بالانقباض
ليندفع الجنين قبل ان تمزق الرأس مضيق الخوض

(المطلب الاول)

(في اعتبار هذه العملية والحكم عليها)

الولادة المحرصة بضع على الخصوص فعلها بعد السابع اذا كان الحوض
 قيراطين ونصفا وثلاثة قراريط لا يزيد فانه على حسب اقيسة القابلة لشيل
 لا تكون سعة القطر الجداري المزدوج في الشهر السابع ازيد من ثلاثة قراريط
 بل ربما كانت اقل من ذلك فحينئذ يكون الحال مثل ما اذا علمت الولادة
 في تمام الاشهر ناقدا الجنين فيها من قطر عرضه ثلاثة قراريط ونصف لكن كيف
 يعرف بالضبط ان الجنين فيه قابلية للحياة فاذا اخرجت العملية خمسة عشر يوما
 لاجل التأكد فما الذي يهتق لنا ان الرأس ليس عظيم الحجم حتى يتقدم من المضيق
 واذا امكن نفوذه بعد ثمانية اشهر فليس القريب للعقل نفوذه منه ايضا في آخر
 التاسع كيف وقد اتفق لامرأة مريضة جزم طبيبها وهو الحكيم كليس
 بان يعرضها للولادة قبل اوانها فوضعت وحدها دفعة بدون استعانة
 بشيء وامثال ذلك كثيرة يظن منها ان العملية لا تكون لازمة ولتزد على ذلك
 انه يؤخذ من كتب بعض الاطباء ان الولادة قبل اوانها كثيرا ما يحرض
 في بلاد النجس والفلت وإيطاليا بدون لزوم لها لكن مع ذلك لا يكتفى لهجر
 اسمة مالها واما الاخطار التي تسببها لها فهي مبالغة واقراط من
 القرنساويين من زمن بودلوك القائل بانها تلزم لاجل التعريف الى زمن قاربون
 الذي وصف هذه العملية بانها من التعدي والتعجم على القوانين
 الالهية البشرية

اخطارها في جانب الامم علم من التجربات الا ان هذه الاخطار لا لام
 ترجع الى شيء يسير فالنزيف والتشنجات والنهاب البرتون والاسقيروس وجميع
 التغيرات الممكنة في العنق لم تكن اكثر مشاهدة بعد الولادة المحرصة منه با بعد
 الولادة التامة الاشهر فان المرأتين اللتين عمل لهما كيبي هذه العملية لم يعرض
 لهما شيء مع اصلا ومثل ذلك ثمان امثلة للطبيب دانمان وفي اربعة وثلاثين
 مثلا اجتنبت بعده فقدت امرأتان فقط بل مبرمان لم يتقدم منه احد من ست

واربعين

واربعين امرأة وبالجملة فالامثلة كثيرة وموت الام فيها نادرا جدا ولا يكون غالباً الا من اشياء خارجة **كما** استنقاه الصدرو عنق الرحم وغير ذلك من العوارض الغريبة عن الولادة المهرضة

اخطارها في جانب الجنين اما الاخطار بالنسبة للجنين فليست كهي بالنسبة للام لانه في سبعة واربعين جنينا على يد ميرمان جاسسة وعشرون موني وخسة احياء لكن ليست فيهم امارات الحياة قوية وستة عشر بقيوا احياء نعم اتفق في سبعة وعشرين جنينا مع هملتون انه بقي منهم ثلاثة وعشرون ومنهم من شاهد حياة خمسة من ستة وتسعة من اثني عشر واربعة وثلاثين من سبعة وستين وخسة وثلاثين من اثنين وخمسين وواحد من اربع واذا جمع بين تلك المشاهدات بالحساب شوهد ان الموتي من الاجنة على النصف واخطارهم تكون اقل كلما كانوا مقدمين في السن وقت العملية والسبب المميت لهم في مثل تلك الحالة هو عدم قابلية الحياة فيهم وضيق الحوض والحركات التي يلزم الطبيب فعلها فلا يظن لزوم الاندفاع المهرض في مبدأ الشهر الثامن الا اذا كان الحوض مشوها بحيث لا يكون هناك واسطة اخرى احسن من ذلك لتخليص المرأة فاذا خيف الخطر من الوسائط المستعملة في هذا الزمن **كما** ان الخوف في الازمنة الاتية اعظم لعظم الخطر حينئذ **كما** قال المؤلف وهذه المسألة بالنظر لهذا الخطر المزدوج اعني من جهة الام ومن جهة الجنين سهلة البيان وانما يتدقيق النظر لا بد وان **كما** يكون في فرانس **كما** هي في غيرها من اقاليم اوربا لانه اذا قوبل نتائج الشق العاني والعملية القيصرية وتكسير الرأس بنتائج الولادة المهرضة لم يتوقف في قبول ذلك وتسليمه والامل ان هذا الرأي الذي هو واضح الآن بمشاهدات كثيرة اشتهرت في الجرنالات والمؤلفات يصير مختارا هو ما في فرانس كما اختير سابقا في بلاد الاطليز والنيج اوابطاليا من مدة سنين كثيرة

(المطلب الثاني)

(في الدلالات لهذه العملية)

المناسب قهر يرض الولادة قبل وقتها اذا كان للحوض اقل من ثلاثة قراريط
 وخطين او ثلاثة واكثر من قيراطين ونصف بل هنالك وجه للنجاح ايضا اذا كان
 قيراطين ونصف قابل قيراطين فقط وفي بعض الاحوال قد يلتجأ لذلك وان قرب
 الخيط لثلاثة قراريط ونصف فان كان حقا ان القطر الجداري المزدوج
 في نهاية الحمل يندران يكون ثلاثة قراريط ونصف وان احدى الحديتين
 الجداريتين تنزل في معظم الاحوال قبل الاخرى وان جميع الرأس يسهل تقصه
 خطين او ثلاثة مدة الطلق يكون اليقين ايضا ان الاجراء الرخوة او الانفراجات
 او التشنجات المعيبة للحوض ترفع اقله بعض خطوط من اقطار المضيقين وان ادنى
 تضائق في الحوض يصير في الغالب الولادة متعبة جدا وان لم يحصل منه عائق
 قوى لخروج الجنين ومن جهة اخرى حيث علم ان الرأس يكون اقل عرضا
 قيراط في الشهر السابع منه في التاسع وانه قابل ايضا للنقص كثير علم ايضا
 ان الجنين الذي فيه امارات الحياة يمكن ان ينقذ من مضيق ذي قيراطين
 او قيراط وربع والتعسر هنا هو ان يعين بالضبط سعة الاقطار الحوضية
 وان يعرف بالتدقيق سن الجنين او درجة نموه لكن هذا التعسر لا يوجد
 الا في الغالبين للحمدين المذكورين ويعلم من الولادة الاولى ما سيحصل من البنية
 حتى لو وقع الغلط بعد ذلك في بعض خطوط فما الضرر الذي يحصل منه
 فاذا كان الحوض اوسع مما ظن فعلت الولادة المخرضة قبل وانها بدون تعب
 والجنين المندفع يكاد ان لا يحصل له خطر من ذلك اما اذا كان زائدا فان الجنين
 يموت ولا بد والمرأة تنجو واما عند تمام الاشهر فان كلا منهما يعرض للموت
 فاذا ن يلزم ان تعمل هذه العملية متى كان الحوض من قيراطين ونصف
 الى ثلاثة قراريط ولا يستثنى من ذلك من هي في اول حمل لها خلافا لبعضهم
 وفي اعلى عن ذلك ينتظر اول ولادة لتوضيح التشخيص وفي نساء اخر يكون
 التعسر اقل جسدا مع انه لم يمسر لهن في مرة من مرات الولادة ان يضعن
 وحدهن وانما كان يلزم لهن في كل مرة استعمال الجفت او التحويل او تكسير
 الرأس ولم يستخرج الجنين منهن خياصلا في هذه الحالة تكون الولادة

المهرضة قبل اوانها هي الوسطة التي يحصل منها الصباح ولا يكتفى ان تولد
 جميع اجنة امرأتى حتى يعمل مثل هذا العمل ~~كما~~ ما ظن ذلك دائماً
 لان من الاسباب التي تميت الجنين ما يصح ان يزول بعد ان يموت المرأة في مرات
 كثيرة من مرات الحمل المتتابعة ولكن لنا ان نتجاسر ونقول ان هذا العارض
 منها هو اكاد الدلالات اذا كان ناشئاً من ضيق الحوض نعم قد فعل الطبيعة
 ما تجتهد الصناعة في اصلاحه فتكون هي اول مرشد للصناعة فقد يتفق
 ان بعض نساء مساكين لا يلدن الاجنة مبين بسبب تضيق
 في حوضهن ولكن انتهى حالهن بان يلدن اجنة احياء بدون استعانة الصناعة
 ويكون في القلب سبب ذلك كون الجنين جاء قبل تمام اشهره لوكونه
 اصغرهما عن العادة فاذا لان تكون الولادة المهرضة الصناعية التقليدا
 للطبيعة قال المؤلف وقد اهديت بذلك وكنت اول فاعل لهذه العملية
 بفرانس سنة ١٨٣١ عيسوية ونجحت معي وفي مرة اخرى كنت مع بعض
 الاطباء ولم يمكن توليد المرأة الا بواسطة القطع الرأسي وفي مرتين بعد ذلك
 اولتهما مرة بالجفت ومرة بالتحويل وكان الجنين ميتا واتفق ان كان مع المرأة
 في الولادة الرابعة طبيب آخر لم يسعده النجاح وفي الحمل الخامس حصل للمرأة
 مشقة عظيمة في ابتداء الشهر الثامن فساد وفي فظهر لي ان حالة المرأة حميدة
 فاخذت في فصل البذرة ثم تزيق الاغشية وكان الطلق باردا فظهر بقوة
 في اليوم الثالث وكان الجنين في وضع من اوضاع الحوض فنزلت الرجلان ولكن
 لم يتقد الرأس للخروج الا بجذبات قوية ومع ذلك جاء الجنين حيا واتفق لسبيلي
 حالته هو ذلك فكان القطر العجزي العالي اصبعين ونصف وجاء الجنين السادس
 وحده بدون اعانة لكونه كان صغيرا وفي سن ثمانية اشهر وفي مشاهدات لكل
 من الحكيم رينك وفوديريه ما هو اقوى من ذلك فكانت النساء اولاً لا يمكن
 الولادة الا بالآلات وخلصن من حملهن بالولادة المهرضة قبل اوانها ثم انتهى
 الحال بان صار لا يخلص ذلك فيهن في الولادات اللاحقة التامة الا شهر وذكر
 الطبيب فيه ان الولادة المهرضة تستعمل في احوال موت الجنين لكن نقول

ليس فيه بحيثئذ المنفعة التي في الاحوال السابقة وذلك اولا لان الجنين الميت لا ينقي في الرحم الا في بعض احوال نادرة وثانيا انه لا تفصل عملية على الام اذا تعوق خروجها لكن من حيث ان وجود جنين ميت في الموضع التناسلي يعرض لاختطار كثيرة وربما ماتت المرأة منه كما شاهد المؤلف ذلك خلاي شيء لا يكون تحريض اندفاع الجنين الى الخارج احسن واقرى حزمًا من انتظار خروجه الذي ربما طال زحنا طويلا

وربما يسأل ايضا ويقال هل لا ينبغي تحريض الولادة قبل اوائها في النساء المصابات بالامراض المزمنة التي بصيرتها الحمل اخطرا والتي من طبيعتها ان تمت الجنين قبل الزمن الطبيعي للطلق * نقول في كراهتهم انه كما تستعمل الولادة المهرضة لضيق الحوض تستعمل ايضا في الحمل المتأخر عن وقته اذا كان موضعا الاجنة يحصل عادة قبل تمام لانها برز من ما وفي الامراض المحفوظ بشاؤها بالحمل والمهددة بموت الام كالتزيف الرحمي والقلاب الرحم الى الخلف والاستسقاء وآفات القلب والاستسقاء الصدري والقيء المستعصي او الضعف الزائد فهو آخر الحمل وهذه مسئلة دقيقة تحتاج لبعض عميق نهاية ما نقول انما تجرى ايضا في جميع الامراض التي يمكن ان تقضي فحسب المرأة في اواخر حملها كالتزيف وغيره من العوارض التي تعرض قبل الطلق ومعه فان اختيار لزوم مساعدة المرأة في الحسالة الاخيرة خلاي شيء تترك بدون اعانة في الحسالة الاولى مع ان بالولادة المهرضة يمكن ان ياتي الجنين حيا فانما ماتت الام قبل تمام الاشهر مات جنينها معها في معظم الاحوال بل في كلها فيمكن ان يجرى بالولادة المهرضة من بعد سبعة اشهر ونصف او ثمانية بسبب مرض من امراض القلب أخذ في التقدم او استسقاء صدرى او بطنى مع اصابة عضوية مثلية او غفيرة بضعفة غير محدودة واسعة مملهاة وفلوس في الاستسقاء الامنيوسمي ~~وهو~~ اتفق لهم عدم استعمالها في اندغام الحسبة على العنق

فان الولادة المهرضة ربما كانت خطورة في امين اولادها وجد بعض عيوب

او تغيرات

او تغيرات في الاجزاء الرخوة قادرة على ان تكون مانعة لخروج الجنين اعنى
 اذا سكن مضيق الحوض ليس هو المعسر وحده للطلق وثانيا اذا عرف
 ان المضيق المعيب عريض من جهة اكثر من الاخرى وان القصدوة في الولادة
 الاولى دخلت من الجانب الضيق اما اذا جاء الرأس من الجانب الآخر المقابل
 لذلك فانه يمكن ان يمر وثالثا في مدة سيزمرض نادر ورابعا اذا جاء الجنين مجيئا
 معيبا وخمسا مادام الجنين غير موجود فيه امارات المغشقة اعنى الى آخر
 الشهر السابع والاسبوع الثامن والعشرين وسادسا اذا لم يؤكّد جيد الاقطار
 الحوض ونهاية الحلي وحقيقة الاخطار المهددة بها الام والجنين اذا ترك الحلي
 لمدة الطبيعية وسابعا قال ميرمان لا يجوز بالعملية بدون ان يرى المرأة اطباء
 آخرون ويرون لزوم العملية لها

(المطلب الثالث)

(في طرق العملية)

كان هذه العملية سابقا اربعة طرق * احدها تقوم من انتمريجات وفحوها
 مما يستعمل من الخارج وهي لا تكفي في معظم الاحوال * والثانية كيفية
 هم لتون وتعمل بواسطة الاصابع او بالالات المرفوعة التي بعد اعدتها تفصل
 البذرة في سعة ثلاثة قراريط حول العنق بدون ان تنقب الاغشية * والثالثة
 تنقب فيها الاغشية الجنينية وتمزق بعد التفوذ من القوهمة * والرابعة يقتصر
 فيها على توسيع العنق الرحمي بمخروط من اسفنج وهاتان الطريقتان الاخيرتان
 هما اللتان بقي استعمالهما واما الثالثة فيفقد فيها غالباً النتيجة المهمة بحيث
 احنج الى عاداتها ثلاث مرات في اربعة اشهر مختلفة في مثال ذكره ريك وفصل
 الاغشية لا يكفي في الحقيقة لاحداث الانقباضات الرحمية واما تعدد العنق
 فبرهي ولا يمكن انالته في اول العمل الانادر او اما الاتساع بواسطة الاسفنج
 الذي اخترعه الطبيب كوج فله نتيجة اقوى من ذلك والتهيج الناشئ من ذلك
 مستدام تدرجي منتظم محفوظ بالضغط الذي يحصل من هذه البداة
 الموضوعة في المهبل فالرحم بهذا التأثير المنبه تعمل فعلها الانقباضى

ويندران لا يكتسب الطلق بسرعة قوة كافية
والطريقة القديمة وهي التي تقوم من فتح الاغشية تعمل بكيفيات مختلفة
بعضها تستفرغ فيه المياه دفعة واحدة وهو رأى كلارك وبعضها يبطئ
وقد جعلوا ذلك آلات كآلة قنوية او مجسم رجال فيه انحناء قليل او مسبار
مخروطي او معه من حاد او الباذلة المعوجة لوزيل جميع ذلك مختار
في بلاد النجاسه قال المؤلف وكل ذلك يقل الاهتمام به ويلزم ان يكون فيه تسر
وانما المهم هو ان يعرف هل الاحسن تغريغ البذرة يطي لادفعة او ان يقتصر
على توسيع العنق بدل تغريغ الاغشية اما انا فاطن انه اذا لم تتبع طريقة كلوج
وهي توسيع الرحم بالاستفجة فلتتبع طريقة كلارك وهي ان تستفرغ المياه
دفعة فانه نافعة فيالبط يمكن ان يرجع الخلو الذي يحصل في الرحم الى شئ
يسر لا يتبع منه رد فعل اصلا فانخوف من الفراغ الذي يحصل في البذرة
غير قوي الاساس فاما كان اتساع فوهة الاغشية لا يسيل الاجزاء من المياه
مادامت الاتصافات ضعيفة فاذا قويت لم ينجح الجنين لان يحفظ بالسائل
الامنيوسي واقول بالاختصار ايضا لا ارى خطرا يحصل من استعمال
الاستفجة والسدادة فانهما تعطى للرحم زمنا تجهز فيه بدون ان يعرض
الجنين لخطر ولا شئ فيما بعد يمنع انفجار الاغشية اذا تعوق ظهور الطلق او سار
يبطئ هو متى جزم بالعملية توضع المرأة كما توضع للجس ويجتهد في ان يمس العنق
بسبابه يده واليد الاخرى تحفظ الخشلة وبواسطة التأني والاعتدال على الممارسة
يوجد العنق دائما فيثبت به بل ويوسع ويتقدمه نعم يحصل بعض تعسر
في اول ولادة للمرأة ويريد التعسر اذا كان المراد الاجهاض لا الولادة المحرصة
لكن مع ذلك لا يحصل بالنظر لذلك عائق ثقيل لامرأة حامل
فاذا لمس الاصبع العارية الاغشية بوجه اليها مخروط من اسفنج مجهز طوله
قيراطان او ثلاثة وممكك قرب رأسه من خطين الى ثلاثة ويكون محاطا بخففة
رقيقة مدهونة بمرهم بسيط ومنسبول في قاعدته خيط صلب ثم يدفع
الى الداخل جزء منه اقله نصف طوله ثم يوجه للمهبل كتلة من اسفنج غليظة

كالبيضة ويمكن ايضا ان يوضع فيه سداة من تقبيك اومن خرق وجميع ذلك
يحفظ من الخارج برباط ناني ويجدد هذا الجهاز في كل اربع وعشرين ساعة
ما ذالم يظهر الطلق بخلاف ما اذا ظهر فانه يترك حتى نصير الانقباضات المرجية
واضحة قوية ثم يعمل بمقتضى الدلالات كافي الطلق الاعتيادي فاذا جرى بنا
على اختيار رقب الاغشية ولم يمكن وصول الاصبع اليها يستخدم مرشد
اما المسبار المخروطي الذي يستعمل للتقنط القهري او المسبار ذو السن
او منقار القاطير المبول الاعتيادي او مخماس اوبرة اوباذة صموية في قناة
اوساق معدني نظرا الى ان تمزيق البذرة غير عسر ولا يجتني خطر اصابة ثقيلة
للجنين ولا الرحم فاذا اخرجت الاكّة والاصبع تمت العملية وينتظر ظهور
الطلق وانقباض الرحم ويندر ظهور الاوجاع حالا بل وبعد بعض ساعات
وانما العادة تهورها في اليوم التالي وكثيرا ما لا تنضج الا في الثالث او الرابع
بل قد لا تلتق الا في السادس والسابع حتى انه اتفق مجيئها في الحادي عشر
ويمكن ايضا ظهورها ودوامها اباما كثيرة ثم تغيب وتستدعي بعد ذلك عملية
جديدة قوطر بقة هملتون وهي الثانية تعرض خصوصا لهذا البطي واهذا
النكوطر بقة كلارك اقل من ذلك

والاحتراسات المخصوصة التي تستدعيها الولادة المحرّضة هي بعض استقبامان
وقصد صغير وحقق مرخية اولعاية في المهبل قبلي الابداء في الله عملية
والاحتراسات المأمور بها في تمزيق الاغشية قبل اوان تمزقها وتخصير
مرضة قريبة في حاله ما اذا لم يكن في الام لبن * ولا حاجة لان نكلم هنا على
منفعة الشيلم القرن للاستغناء عن ذلك بما ذكرناه سابقا في مجيئها
المخصوص به

(الفصل الثالث)

(في العمليات التي تعمل على الام)

(المبحث الاول)

(في موت الجنين وعلاماته)

لا شك ان الجنين لم يزل حيا مادام متحركا او سمعت حركات قلبه بالاستماع
وانه يكون ميتا اذ انزلت منه اهداب متعقنة يعرف كونها منه واماموته
اوحياته في غير هذه الاحوال فذلك معدود من المسائل التي هي في غاية الدقة
والصعوبة من هذا العلم فموت الجنين كالجل يظهر بعلامات كثيرة لكنها
مختلفة جدا وغير يقينية كيف لا مع انه قد لا يمكن الحكم بشئ من ذلك على
جنين ولد بالفعل مع انه تجاه العين وعلى كل حال فعلامات الموت يصح
ان تقسم كعلامات الحمل الى ربتين عقلية ومحسوسة فلنجعل ذلك في مطلبين

(المطلب الاول)

(في العلامات العقلية)

العلامات العقلية تشاهد قبل الطلق وفي مدته
العلامات التي تشاهد قبل تمام الاشهر * اذا حصل من المرأة سقطة او حركات
قوية او ارتجاج عنيف او اضطدم بطنها بجسم صلب او جوعت جمعا شديدا
او حصل فيم انفعال نفسا في قوى او افعال غير اعتيادية او كان معها مرض
ثقيل واستعملت ادوية قوية الفعل جدا او عرضت لبعض الاسباب التي تسبب
الاجهاض كان ذلك حاملا على ظن موت الجنين اذا احسست بعد حصول
ذلك العارض يسير بنافض وعثيان وثقل في الخوض وتغير طعم وتشنج
وبرد في البطن وعظم في الثديين وامتلائهما لبنا ثم انقباضهما وتبعث الرحم
اميل جزء من الجسم وذهبت الى اليمين او اليسار او الامام كما يفعل ذلك جسم
خامد لا فعل له وكذا اذا انقطعت حركات الجنين الذاتية فجأة فالدم يتغير حينئذ
حجم البطن وتصادم من فم المرأة رايحة عفنة وحصل لها هبوط عام او حى
مستدامة قرب للعقل موته ايضا

العلامات التي تشاهد وقت الطلق * يتضح موت الجنين بخروج العقي وفقد
الحركة فقد انما وخروج الرايحة العفنة من المهبل او من الرحم مع المياه وبطئ
الاوجاع واغلب الظاهرات التي ذكرناها قريبا ويخاف خصوصا من موته
اذا سال السائل الامنيوسى قبل او ان سيلا نه او بر من طويل وكان وضع الجنين

رديشا واتجهت الانتباضات الرجبية بقوة للجنين نفسه باى كيفية كانت

(المطلب الثانى)

(فى العلامات المحسوسة لموت الجنين)

العلامات المحسوسة لا يدرك شئ منها الا من حين امكان جس شئ من اجزاء البذرة بدون واسطة وقد عد من جهتها خروج الحبل السرى وغيبوبة ضرباته وعدم امكان تحرك الجنين باى تأثير كان وان امكن رفعه فى الرحم وخروج اهداب من البشرة التى ازيلت عنه وعدم وجود الورم القليل الرخاوة فى الرأس وتحرك عظام الجمجمة وضعف المقاومة التى تحصل فى الصدر او غيره اذا ضغط عليه وقد ضربت القلوب ونحو ذلك ولكن لنا ان نقول لا يستند على واحد منفرد من هذه الاعراض بحيث يحكم به بدون توقف على موت الجنين فلذا كان التعويل عليها قليلا وانما يمكن باجتماعها مع بعضها ان يستند عليها ويمكن ان يحصل انتفاخ الثديين ثم هبوطهما مع كون الجنين باقيا على حياته فلا تعويل على ذلك ايضا ولو وافقت مع معظم العلامات الاخر العقلية واذا مات الجنين فبالنسبة للبنية ينتهى آخر عمل للتوليد والتناسل فبعد ذلك يحصل التغير اللبنى بمثل ما يحصل اذا اندفع الجنين الى الخارج وربما قيل مثل ذلك فى التعب الذى تحس به المرأة فى جميع حركاتها وفى النقل الذى تستشعر به فى حوضها

وقد تسيل المياة قبل موت الجنين بثلاثة ايام او اربعة او عشرة او خمسة عشر او ثلثين بل حسين يوما على رأى بعض المؤلفين لكن الغالب خلاف ذلك فاذا نزل العلق ولم يكن الذى جاء هو الحوض كان الخوف من موته اعظم وان شوه فى هذه الحالة مرات كثيرة خروج الجنين بعد ذلك بجملة ساعات حيا قويا جيدا فاذا نزلت المقعدة او لا كان خروج العلق طبيعيا لانه يحصل من الانضغاط الذى يحصل فى الخنلة عند نفوذها من القهوة او من المضيقين فاذا جاء الرأس او الالم يوجد هذا الانضغاط الذى هو سبب ذلك فالامعاء لا تستفرغ موادها الا اذا ضعفت العضلات العاصرة كغيرها من بقية

العضلات فتسترخي بحيث لا يبقى فيها مقاومة لفعل الرحم وليجذر الطبيب
من ان يغش بالمنظر الوحل او اللون المخضر للمياه لان ذلك صفة توجد كثيرا
بدون ان يكون العقي له دخل فيها * والجنين الحى قد تقطع افعاله العضلية
دفعه ويبقى جله ايام او جملة اسابيع الى وقت اندفاعه التام بدون ان يتحرك
ومع ذلك لم يحصل من ذلك خطرا صلا وامثله ذلك كثيرة ومن جهة اخرى تقول
كثيرا ما تظن المرأة انها تحمض بالحركة مع ان الجنين مات قبل ذلك بزمن طويل
ومن امثله ذلك مشاهدة للموئف وهى ان شابة ولدت جنيها ميتا اقل ماله
من موته اربعة ايام او خمسة مع انها ذكرت قبل ولادته بنحو ساعة انها تحمض
بحركته وهذا لا ينافي ان هذه العلامة لها اعتبار عظيم عند الاطباء ولذلك
ساخ لهم ان يرتعبو اذا شاهدوا في سير طلق شاق ان الجنين اقطع فحركة دفعة
بعد ان كانت حركته قوية تشبه الحركات التنفسية

وقد تفصل اهداب بشرية او شعر من اجزاء من الجنين ملتبة او متغفرة
او متقرحة بدون ان يموت ذلك الجنين كما شوهد ذلك واما اذا كانت هذه العلامة
ناشئة من التعفن فانه يلزم لها موت الجنين قبل ذلك بزمن طويل ومتى امعن
الطبيب نظره لم يغش في ذلك * قال المؤلف ويظهر لى ان الراجحة المتصعدة
من المهبل لا تفيد شيئا مادام جيب المياه غير متمزق ا ما بعد ذلك فهى عندى من
اعظم العلامات وتنشأ ولا بد من كون الهواء اذا دخل في تجويف الرحم التى
مختن جدا بسبب انقباضاتها يعين اعانة قوية على تعفن ما بقى من السائل
فى الاغشية وقد تظهر هذه الراجحة بسرعة وربما صارت غير مطابقة فى مسافة
بعض ساعات ويعسر ان تشبه بغيرها ما يتصاعد من قروح او صديد
والى الآن ما شاهدتها الا والجنين ميت ومع ذلك ذكر نجيل مشاهدة اجنة
بقيت حياتهم مع ان المياه كانت مسودة تنة وانفصلت منهم البشرة وصار لون
الاغشية والحبيلى اصفر مخضر اذ كروا ايضا جنينا صاح وتفس مدة نصف
ساعة مع ان علامات التعفن فيه كانت واضحة * وما اؤرم جلد الحجمة
فن حيث انه يحصل من تراكم السائلات اسفل الجزء من الرأس المتعفن فى عنق

الرحم اوفى مضيق الحوض اختناقا تختلف مدته وقوته يكون من الواضح
انه لا يكون الا الملت الجنين قبل انقباض الاغشية الما لاذامات بعد تـكونه
فانه يجوز ان يبقى ذلك الورم كما اذا لم يحصل الموت اصلا ولئذ كرك انه سهل
الغلط في تراكب عظام الجمجمة وتجر كها على بعضها مع ان هاتين العلامتين
قد يحصلان من اسباب مختلفة غير ذلك فلا يصحول عليهما

فلان امكن وجدان الجليل السرى بالجس تحقيق بسهولة هل فيه ضربات ام لا
* قال المؤلف والمجب كيف يغلط في ذلك طبيب ماهر ولا يعرف حالة الجنين
احي هو ام ميت نعم قد تقطع ضربات اوعية هذا الساق عندما يحصل من
المرأة او الرحم حركة عنيفة بدون ان يحصل للجنين خطر من ذلك عظيم فالحكم
بموت الجنين لا يؤخذ من البحث في الجليل وقت انقباض الرحم واقطاع
الاحساس بالضربات حينئذ وانما يجوز بذلك بعد ان يتأكد انقطاع الضربات
مدة دقايق كثيرة في وقت الانقباضات الرحية وفي غيبتها واسفل الرأس كفتته
موا هو جذا لخاصا سا با او منضغطا وايضا لاجل زيادة التأكيد اذا لم يخرج
الرأس من المضيق العلوي ما المانع من ان يترلق اليد في عنق الرحم كثيرا او قليلا
ليعرف هل حركات القلب باقية ام لا وليجس ساق الجبل من محل اقرب لاصله
او خال من الانضغاط فقي وجدت جملة هذه العلامات او الرئيس منها لم يكن
هنالك وجه للتخبر في الحكم بموت الجنين غير انما قد تنقدا حينئذ وقت الاحتياج
الى ما اولم يكن هنالك زمن للتأني ولا يخفى ما في ذلك من التعسر والخطر اذ كيف
يصح ان تعمل عمليات ثقيلة بل مهلكة على الام مع ان جنينها ميت او كيف
يقطع الجنين قطعا مع انه حي

واخترع بعضهم واسطة لمعرفة ذلك بان يوضع طرفا دائرة كهربية في الرحم
او على جز من الجنين بل او على بطن المرأة فبالضرورة تحصل انقباضات الجنين
العضلية اذ لم يكن ميتا وهذا وان تقوى ينطأ به وبالتعقل الا انه يحتاج
تأكيده لتجربيات طويلة لعل في ذلك من العسر والنقل

فاذا كان الجنين حيا ينبغي لحفظه ان توسع الفتحات التي يلزم تفوذ منها

وتعمل له فتحات جديدة ولقد اختار اطباء اول القرن الماضي اذا كان الحوض
معيبا بحيث يصير الوضع غير ممكن ان يقتل الجنين وقالوا ان ذلك احسن
من ان تعمل عملية على الام فنجاسر بعضهم بالنظر لذلك ومنهم مورسوس
على تقطيع الجنين او على تكسير رأسه وبعضهم ومنهم دولا موت اظهروا انهم
اكثر شفقة من الاول فامر واما انتظار موت الجنين ليقطع بعد ذلك وهؤلاء
في الحقيقة اكثر وحشية من الذين قبلهم واما الآن فالمستعمل هو الشق
العاني او العملية القيصرية ونجاح ذلك عظيم ولا يصح استعمال عملية
تقطيع الجنين الا اذا علم موته او تحقق عدم معيشته

(المبحث الثاني)

(في الشق العاني)

تاريخ العلم ان عظام الحوض قابلة للتقيد والاطاعة مدة الحمل كما سبق
لنا ذكره لكن كثير من القدماء لا بأس ان يعان لين تلك العظام اذا كان
الحوض ضيقا بالطول والاضمادات والاستجمات الموضعية او العامة
فكان هذا نهاية ما هو عند القدماء في عظام الحوض قال بعض المتأخرين
وكلام جالينوس في الكلام على الحوض يلح له وذكر عن بعضهم انه فصل
عظام العانة عن بعضها من بنات عند ولادتهن لتكون ولادتهن اذا كبرن
سهلة ومع ذلك تقول لم يعلم ان احدا من الاطباء عمل هذه العملية قبلي
سيغواتوس في امرأة حية بل ولا سلفيوس خلافا لمن زعم ذلك وذلك انها ولا
ابدى رأيه في ذلك ليدوان الاطباء الجراحين فمنهم من اهل قوله ومنهم من زيفه
ثم ذكر رأيه في رسالة بحث قدمها في مدارس انجير بفرانسا سنة ١٧٧٣ وبعد
ذلك باربين عمل عملية بمحضرة لورواس لامرأة وحصل نجاح فيها وسلمت
المرأة وجنينها من الخطر فحصل بذلك هيبة ان غريب للأطباء واشتهر مدح
هذا الجراح وجوزى من اهل مدرسة هذا الطب بباريس بيشان شرف
مع ان كلامه قبل ذلك كان عندهم في زوايا الاهمال فرجعوا وقالوا ان هذا
الشخص هو اول فاعل خير للبشر ثم تنازع الناس في نجاح تلك العملية

فمنهم من مدحها ومنهم من هجأها واتسموا الى قسمين قسم قدموها على
 القيصرية وقسم قدموا القيصرية عليها ولم يزل الحال كذلك الى ابنة آه هذا
 القرن الذي نحن فيه ونهايته ان سيفولتوس غلط في كونه جعلها بدلا عن
 العملية القيصرية ولقد زالت الآن التشككات والاغراض وصار الشق
 العاني في غاية الاعتبار واعطى له حقه من المنفعة وطالما شهد غرق الارتفاق
 العاني في مدة الطلق وارتقاء تلك المفاصل وذلك مما يؤثر ان تلك العملية تقدم
 حصولها بالطبيعة قبل ان تعملها الاطباء

(المطلب الاول)

(في كيفية حصوله)

اذا قطع الليف الغضروفى الذى بين عظمى العانة سواء بعد الموت او في مدة
 الحياة تباعدت العظام من ذاتها غالبا بنصف قيراط او قيراطا ومتى انقطع
 الغضروف كان العظم الجرقى على هيئة رافعة من النوع الاول فيكون مركز
 الحركة في الجزء الخلقى من السطح المفصلى للعجز والقرع الخلقى من هذه الرافعة
 الذى هو قصير جدا ويتكون من الحجة ينحذب الى الخلف فهو الخط المتوسط
 بالاربطة العجزية الحرقفية الخلفية وفرعها المقدم المنثنى اثناء قويا بعد بقدر
 ما زاد في الطول عن فرع القوة اى ذراعها ومقدم الارتفاقات الخلفية ينفتح
 نصف افتتاح والمنسوج اللينى الذى يغطيها يتقادفستطيل ويعتدل ويتصل
 والوسادة المرنة التى من الخلف تنخسف والعجز المنضغط من الخلف الى الامام
 يذهب فهو باطن الحوض الذى يكون مضيقه العلوى كما قال دلبيش على هيئة
 مثلث وترزاويته القائمة اى الضلع المقابل لتلك الزاوية يكون من الخلف
 فاذا اضاف الجراح ايضا على تباعد العاتين الضغط على العرفين الحرقفين
 تحوالت القوة الى القرع المقدم من الرافعة وعلم انه لا يلزم حيث تدفع قوة عنيفة
 لتزق جميع ارتباطات المفاصل الخلفية وبالنظر لهذه الحالة خصوصا قال
 بعض المولدين انه كلما انتقل العجز الى الامام لزم ان يزول شئ من عظم القطر
 المقدم الخلقى ومثل ذلك ايضا يحصل في الحوض الخارج وفي قطع القوى

المشقة اما على المرأة الحية فانه كلما تباعدت العانتان دفع رأس الجنين المميز
الى الخلف بزيادة عن حدوده الطبيعية لكن لا يسمح له بان يتقدم في التقعير ومع
ذلك من الخطر ان تبعد عظام العانة زيادة عن قيراطين فان الزيادة على ذلك
لا تحصل بدون ان يمزق المنسوج الخلوي المتخلل الكثير الذي في التقعير فتولد
الالتهابات الخفية

قال المعارضون لهذه العملية من حيث انكم اجمعتم اولا على انه ليس من الحزم
ان يجتهد في التباعد اكثر من قيراطين او قيراطين ونصف وثانيا على ان القطر
المقدم الخلقي لا يعظم الا خطين في تباعد قيراط واربعة خطوط في قيراطين ومن
سنة الى ثمانية في ثلاثة قراريط يكون من الواضح انكم لم تيسر لكم الاتساع
ثلاثة خطوط او اربعة فكيف تعملون هذه العملية القبيحة لاجل اكتساب
ثلاثة خطوط ولقد ظهروا لهم اولا عدم الجواب عن هذا اليراد لكن بعد ذلك
عرف ان الحديدة الجدارية بدخولها في الخسلو الذي بين العانتين تزيل من
احدا قطر الرأس اقله ثلاثة خطوط يكون جميع ذلك نصف قيراط لكن
بدكرهم ذلك لم يلتفتوا الى ان التمدد او الحديدة الجدارية توجد عادة خلف
جسم العانة او التجويف الحق لا على الوجه الخلقي للارتفاق مع ان هذه
الهيئة الاخيرة تفيد ايضا في العملية منفعة جليلة قال المؤلف وانى متعجب
من كون المؤلفين لم يتكلموا على ذلك فان القطر المقدم الخلقي اذا لم يعظم الا من
خطين الى ثلاثة تعظم الاقطار المنحرفة اقله من خمسة الى ستة فينتج من ذلك
ان منفعة الشق العاني اوسع مما يظن عموما واثبت بعضهم وهو ديجر لج
ان الاقطار المنحرفة والمستعرضة للعروض قد تعظم نحو قيراط وانه قد يحصل
اتساع عظيم في المضيق السفلي خصوصا وينبغي لنا ان لانقول الا على
المشاهدات ففي بعضهم تباعد ثلاثة قراريط اربع عشرة خطوط واثبت في حوض
اتساعه قيراطان وخط ان تباعد قيراط اربع عشرة خطوط وتباعد قيراطين
وتصاف اربع عشرة خطوط وتباعد ثلاثة قراريط اربع عشرة خطوط ونصفا
وفي حوض آخر تبعد من قيراط ثلاثة خطوط ومن قيراطين ستة خطوط ومن

ثلاثة قراريط عشرة خطوط فاذاً يكون من القلط اتباع ما قاله بعضهم من انه يمكن ان ينال عظم في جميع اقطار المضيق الطوى الى قيراط ونصف

(المطلب الثاني)

(في اعتبار هذه العملية والحكم عليها)

عملية الشق العاني يظهر حسبما سبق انها تستعمل اذا كانت زيادة اربعة خطوط او خمسة او ستة تسمح للرأس بان ينفذ ولم يكف لذلك جفت الولادة مثلاً ولكن كانت سعة اصغر قطر للحوض تزيد عن قيراطين ونصف واما اخطار هذه العملية فالظاهر انه يعسر الهرز منها متى استدعى حجم الرأس تباعداً فيه عظم ما وكانت مفاصل الحوض قليلة الاسترخاء بالطبيعة حتى لو قسم التأثير على الحرقفتين او الفخذين لاجل تباعد العلتين لم يخرج الجنين وانه اذا جذب بالجفت او بعملية التحويل او كانت الانقباضات كافية لخروجه لم يكن هناك ما يمنع الرأس في نفوه من المضيق الضيق عن ان يوتر المفاصل الخلفية بقوة بل ويمزقها لكون ابعاده تجاوزا بعباد الدائرة التي ينفذ منها * واما من جهة العملية فبعضهم منع عملها بالكلية وهذا غير مسلم وبعضهم وجد منها نجاحا عظيما بحيث اسعف بها سبعة من ثمانية * ثم هي الوسطة الوحيدة للنجاة في امور احدها اذا انحصر الرأس في التقعر بعد ان نفذ من مضيق ضيق وثالثها اذا نفذ من القوه ووقف في ضيق المضيق السفلي وثالثها اذا خرج الجذع الى الخارج ولم يشك في حياة الجنين ولم يمكن خروج الرأس من الطرق الطبيعية ففي هذه الاحوال الثلاثة تكون هذه العملية مفضلة على العملية القيصرية حتى بعد موت المرأة اذا لا بد من موت الجنين اذا اجتهد في اخراجه من القهقه البطنية * وهذه العملية ما عدا ذلك فيها منافع غير متارعة فيما متى كان الضيق في القطرين المستعرض والمخروط او كان في المضيق السفلي او كان ناشئا من قرن يفتح الرأس او ورم عظمي او ورم آخر صلب موضوع على الجانب او بروز في التحويل الحق وكذا اذا كان انحصار الرأس بهيئة مسمار او مسك بطرفي قطره الحداري المزوج او التقعدوى الجبهي او بغير ذلك بشرط ان لا يكون

ويستدوان لا يكتسب الطلق بسرعة قوة كافية
والطريقة القديمة وهي التي تقوم من فتح الاغشية تعمل بكيفيات مختلفة
بعضها تستفرغ فيه المياه دفعة واحدة وهو رأي كلارك وبعضها يبطئ
وقد جعلوا ذلك آلات كآلة قنوية او مجس رجال فيه انحناء قليل او مسبار
مخروطي او معه من حاد او الباذلة المعوجة لو نزيل جميع ذلك مختار
في بلاد النجاسة قال المؤلف وكل ذلك يقل الاهتمام به ويلزم ان يكون فيه تدرج
وانما المهم هو ان يعرف هل الاحسن تفرغ البذرة يبطئ لادفعا او ان يقتصر
على توسيع العنق بدل تمرير الاغشية اما اننا فاطن انه اذا لم تتبع طريقة كلوج
وهي توسيع الرحم بالاسفجة فلتتبع طريقة كلارك وهي ان تستفرغ المياه
دفعة فانهما دفعة فيالبط يمكن ان يرجع الخلوا الذي يحصل في الرحم الى شئ
يسير لا ينتج منه رد فعل املا فالحوف من الفراغ الذي يحصل في البذرة
غير قوي الاساس فاما كان اتساع فوهة الاغشية لا يسيل الاجرة من المياه
مادامت الاقباضات ضعيفة فاذا قويت لم ينجح الجنين لان يحفظ بالسائل
الامينوسي واقول بالاختصار ايضا لا ارى خطرا يحصل من استعمال
الاسفجة والسداة فانهما تعطى للرحم زمنا تجهز فيه بدون ان يعرض
الجنين لخطر ولا شئ فيما بعد يمنع اننجار الاغشية اذا تعوق ظهور الطلق او سار
يبطئ ومضى جزم بالعملية وضع المرأة كما توضع للجس ويجهز في ان يس العنق
بسبابة يد واليد الاخرى تحفظ الخلة بواسطة التاني والاعتداد على الممارسة
يوجد العنق دائما فيثبت به بل ويوسع ويتقدمه ثم يحصل بعض تعسر
في اول ولادة للمرأة ويريد التعسر اذا كان المراد الاجهاض لا الولادة فالحموضة
لكن مع ذلك لا يحصل بالنظر لذلك فائق ثقيل لامرأة حامل

فاذا لمس الاصبع العاربية الاغشية بوجه اليها مخروط من اسفنج مجهز طوله
قيراطان او ثلاثة وحوكمة قرب رأسه من خطين الى ثلاثة ويكون محاطا بمخرقة
رفيقة مدهونة بمرهم بسيط ومنسبوك في قاعدته خيط صلب ثم يدفع
الى الداخل جزء منه اقله نصف طوله ثم يوجه للمهبل كلة من اسفنج غليظة

كالبيضة ويمكن ايضا ان يوضع فيه سداة من تقينك يوم من خرق وجميع ذلك
يحفظ من الخارج برباط ثلثي ويجدد هذا الجهاز في كل اربع وعشرين ساعة
ما دام يظهر الطلق بخلاف ما اذا ظهر فانه يترك حتى تصير الانقباضات الرجعية
واخففة قوية ثم يعمل بمقتضى الدلالات كافي الطلق الاعتيادي فاذا جرى بنا
على اختيار رقب الاعشمية ولم يمكن وصول الاصبع اليها يستخدم مرشد
اما المسبار الخروطي الذي يستعمل للتقنط القهري او المسبار ذو السن
او منقلبا لقا طيرا لمبول الاعتيادي او مخماس اوبرة او باذلة صموية في قناة
او ساق معد في نظرا الى ان تمزيق البذرة غير عسر ولا يخشى خطر اصابه ثقيلة
الجنين ولا للرحم فاذا اخرجت الالة والاصبع تمت العملية ومنتظر ظهور
الطلق وانقباض الرحم ويندر ظهور الاوجاع حالا بل وبعد بعض ساعات
وانما العادة ظهورها في اليوم التالي وكثيرا ما لا تنضج الا في الثالث او الرابع
بل قد لا تلى الا في السادس او السابع حتى انه اتفق مجيئها في الحادي عشر
ويمكن ايضا ظهورها وادوامها اياما كثيرة ثم تغيب وتستدعي بعد ذلك عملية
جديدة وطريقة هملتون وهي الثانية تعرض خصوصاً لهذا البطي واهذا
النك وطريقة كلارك اقل من ذلك

والاحتراسات المخصوصة التي تستدعيها الولادة المحرصة هي بعض استقامات
وقصد صغير وحقق مرغية اولعابية في المهبل قبل الابتداء في العملية
والاحتراسات المأمور بها في تمزيق الاغشية قبل اوان تمزقها وتخصير
مرغية قريبة في حاله ما اذا لم يكن في الام لبن * ولا حاجة لان تكلم هنا على
منفعة الشيل القرن للاستغناء عن ذلك بما ذكرناه سابقا في مجيئ
المخصوص به

(الفصل الثالث)

(في العمليات التي تعمل على الام)

(المبحث الاول)

(في موت الجنين وعلاماته)

لا شك ان الجنين لم يزل حيا مادام متحركا او سمعت حركات قلبه بالاستماع
وانه يكون ميتا اذا نزلت منه اهداب متعقنة يعزف كونها منه واماموته
او حيا تاتي في غير هذه الاحوال فذلك معدود من المسائل التي هي في غاية الدقة
والصعوبة من هذا العلم فموت الجنين كالحمل يظهر بعلامات كثيرة لكنهما
مختلفة جدا وغير يقينية كيف لامع انه قد لا يمكن الحكم بشئ من ذلك على
جنين ولذا بالفعل مع انه تجاه الاعين وعلى كل حال فعلامات الموت يصح
ان تقسم كعلامات الحمل الى ريتين عقلية ومحسوسة فلنجعل ذلك في مطلبين

(المطلب الاول)

(في العلامات العقلية)

العلامات العقلية تشاهد قبل الطلق وفي مدته

العلامات التي تشاهد قبل تمام الشهر * اذا حصل من المرأة سقطة او حركات
قوية او ارتجاج عنيف او اضطدم بطنها بجسم صلب او جوعت جمعا شديدا
او حصل قهرا انفعال نفساني قوى او افعال غير اعتيادية او كان معها مرض
ثقيل واستعملت ادوية قوية الفعل جدا او عرضت لبعض الاسباب التي تسبب
الاجهاض كان ذلك حاملا على ظن موت الجنين اذا احسست بعد حصول
ذلك العارض يسير بنافض وغثيان وثقل في الحوض وتغير طعم وقشعريرة
وبرد في البطن وعظم في الثديين وامتلائهما لبنا ثم انخفاضهما وتبعث الرحم
اميل جزء من الجسم وذهبت الى اليمين او اليسار او الامام كما يفعل ذلك جسم
خامد لا فعل له وكذا اذا انقطعت حركات الجنين الذاتية فجأة فاذ لم يتغير حيثئذ
حجم البطن وتصادم من قه المرأة رايحة عفنة وحصل لها هبوط عام او حصى
مستدامة قرب للعقل موته ايضا

العلامات التي تشاهد وقت الطلق * يتضح موت الجنين بخروج العقي وفقد
الحركة فقد اناما وخروج الرايحة العفنة من المهبل او من الرحم مع المياه وبطئ
الاجوع واغلب الظاهرات التي ذكرناها قريبا ويخاف خصوصا من موته
اذا سال السائل الامنيوسى قبل او ان سيلانه او بر من طويل وكان وضع الجنين

ردنياً واتجهت الانقباضات الرحمة بقوة الجنين نفسه باى كيفية كانت

(المطلب الثانى)

(فى العلامات المحسوسة لموت الجنين)

العلامات المحسوسة لا يدرك شئ منها الا من حين امكان جس شئ من اجزاء البذرة بدون واسطة وقد عذ من بجلتها خروج الحبل السرى وغيبوبة ضرباته وعدم امكان تحرك الجنين باى تأثير كان وان امكن رفعه فى الرحم وخروج اهداب من البشرة التى ازبلت عنه وعدم وجود الورم القليل الرخاوة فى الرأس وتحرك عظام الجمجمة وضعف المقاومة التى تحصل فى الصدر او غيره اذا ضغط عليه وقد ضربت القلب ونحو ذلك ولكن لسان نقول لا يستند على واحد منفرد من هذه الاعراض بحيث يحكم به بدون توقف على موت الجنين فلذا كان التعويل عليها قليلاً ولا وانما يمكن باجتماعها مع بعضها ان يستند عليها ويمكن ان يحصل انتفاخ الثديين ثم هبوطهما مع كون الجنين باقياً على حياته فلا تعويل على ذلك ايضاً ولو وافقت مع معظم العلامات الاخر العقلية واذا مات الجنين فبالنسبة للبنية ينتهى آخر عمل للتوليد والتناسل فبعد ذلك يحصل التغير اللبنى بمثل ما يحصل اذا اندفع الجنين الى الخارج وربما قيل مثل ذلك فى التعب الذى تحس به المرأة فى جميع حركاتها وفى النقل الذى تستشعر به فى حوضها

وقد تسيل المياة قبل موت الجنين بثلاثة ايام او اربعة او عشرة او خمسة عشر او ثلثين بل خمسين يوماً على رأى بعض المؤلفين لكن الغالب خلاف ذلك فاذا نزل العلق ولم يكن الذى جاء هو الحوض كان الخوف من موته اعظم وان شوه فى هذه الحالة مرات كثيرة خروج الجنين بعد ذلك بجملة ساعات حياً قوياً جيد الصحة فاذا نزلت المقعدة او لا كان خروج العلق طبيعياً لانه يحصل من الانضغاط الذى يحصل فى الخنلة عند نفوذها من القهوة او من المضيقين فاذا جاء الرأس او لا لم يوجد هذا الانضغاط الذى هو سبب ذلك فالامعاء لا تستفرغ موادها الا اذا ضعفت العضلات العاصرة كغيرها من بقية

العضلات فتسترخى بحيث لا يبقى فيها مقاومة لفعل الرحم ويجذر الطبيب
من ان يغش بالمنظر الوحل او اللون المخضر للمياه لان ذلك صفة توجد كثيرا
بدون ان يكون العنق له دخل فيها * والجنين الحى قد تقطع افعاله العضلية
دفعه ويبقى جملة ايام او جملة اسابيع الى وقت اندفاعه التام بدون ان يتحرك
ومع ذلك لم يحصل من ذلك خطرا اصلا وامثله ذلك كثيرة ومن جهة اخرى تقول
كثيرا ما تظن المرأة انها تحس بالحركة مع ان الجنين مات قبل ذلك بزمن طويل
ومن امثله ذلك مشاهدة للمولف وهى ان شابة ولدت جنيها ميتا اقل ماله
من موته اربعة ايام او خمسة مع انها ذكرت قبل ولادته بنحو ساعة انها تحس
بحركته وهذا لا ينافي ان هذه العلامة لها اعتبار عظيم عند الاطباء ولذلك
ساخ لهم ان يرتعبو اذا شاهدوا في سير طلق شاق ان الجنين اقتطع فحركة دفعة
بعد ان كانت حركته قوية تشبه الحركات التنجيمية

وقد تفصل اهداب بشرية او شعر من اجزاء من الجنين ملتهبة او متغفرة
او متقرحة بدون ان يموت ذلك الجنين كما شوهد ذلك واما اذا كانت هذه العلامة
ناشئة من التعفن فانه يلزم لها موت الجنين قبل ذلك بزمن طويل ومضى امعن
الطبيب نظره لم يغش في ذلك * قال المؤلف ويظهر لى ان الراحمة المتصعدة
من المهبل لا تقيده شيئا مادام جيب المياه غير متمزقا ما بعد ذلك فهى عندى من
اعظم العلامات وتنشأ ولا بد من كون الهواء اذا دخل في تجويف الرحم التى
مختت جدا بسبب انقباضاتها بعين اعانة قوية على تعفن ما بقى من السائل
فى الاغشية وقد تظهر هذه الراحمة بسرعة وربما صارت غير مطابقة فى مسافة
بعض ساعات ويعسر ان تشبه بغيرها * لا يتساعد من قروح او صديد
والى الآن ما شاهدتها الا والجنين ميت ومع ذلك ذكر فيجبل مشاهدة اجنة
بقيت حياتهم مع ان المياه كانت مسودة قننة وانفصلت منهم البشرة وصار لون
الاغشية والجفيل اصفر مخضر اذكروا ايضا جنينا صاح وتفس مدة نصف
ساعة مع ان علامات التعفن فيه ~~كانت~~ واخفجة * واما ورم جلد الجمجمة
فن حيث انه يحصل من تراكم السوائل اسفل الجزء من الرأس المختنق فى عنق

الرحم او في مضيق الحوض اختسافا تختلط مدته وقوته يكون من الواضح
 انه لا يكون اذا ملت الجنين قبل انقباض الاغشية للقلبات بعد تكونه
 فانه يجوز ان يبقى ذلك المورم كما اذا لم يحصل الموت اصلا ولذا كرك انه سهل
 الغلط في تراكب عظام الجسم وتوحد كرها على بعضها مع النهايتين اللامتين
 قد يحصلان من اسباب مختلفة غير ذلك فلا يقول عليهما
 فلان امكن وجدان الحبل السري بالحض تحقق بسهولة هل فيه ضربات نام لا
 * قال المؤلف والمحب كيف يغلط في ذلك طبيب ماهر ولا يعرف طالة الجنين
 احي هو ام ميت ثم قد تقطع ضربات او عية هذا الساق عند ما يحصل من
 المرأة او الرحم حركة عنيفة بدون ان يحصل الجنين خطر من ذلك عظيم فالحكم
 بموت الجنين لا يؤخذ من البحث في الحبل وقت انقباض الرحم واقطاع
 الاحساس بالضربات حينئذ وانما يجزم بذلك بعد ان يتأكد انقطاع الضربات
 مدة دقائق كثيرة في وقت الانقباضات الرجعية وفي غيبتها واسفل الرأس كفته
 صوابا وجدنا لاساسا او منضغطا وايضا لاجل زيادة التأكد اذا لم يخرج
 الرأس من المضيق الفلوي ما المانع من ان يمتدق اليد في عنق الرحم كثيرا او قليلا
 لمعرف هل حركات القلب باقية ام لا وليجس ساق الحبل من محل اقرب لاصله
 او حال من الانضغاط فحق وجدت جلة هذه العلامات او الرئيس منها لم يكن
 هنالك وجه للتخبر في الحكم بموت الجنين غير انهم قد تنقذوا حينئذ وقت الاحتياج
 اليه ولو لم يكن هنالك زمن للتأني ولا ينبغي ما في ذلك من التسرع والخطر اذ كيف
 يصح ان تعمل عمليات ثقيلة بل مهلكة على الام مع ان جنينها ميت او كيف
 يقطع الجنين قطعاً مع انه حي
 واخترع بعضهم واسطمة لمرقة ذلك بان يوضع طرفا دائرة كهربائية في الرحم
 او على جرم من الجنين بل او على بطن المرأة بالضرورة تحصل انقباضات الجنين
 العضلية اذ لم يكن ميتا وهنا وانت تقوى بنظائره وبالتعقل الاله يحتاج
 تأمك كيد التجرب يلبط طويلا لما في ذلك من العسر والثقل
 فاذا كان الجنين حيا ينبغي لحفظه ان توسع القصات التي يلزم تفوذه منها

أو نعمل له فتحات جديدة ولقد اختار أطباء أول القرن الماضي إذا كان الحوض
مغيبا بحيث يصير الوضع غير ممكن أن يقتل الجنين وقالوا إن ذلك أحسن
من أن تعمل عملية على الأم فتجاسر بعضهم بالنظر لذلك ومنهم مورشوس
على تقطيع الجنين أو على تكسير رأسه وبعضهم ومنهم دولامون اظهروا أنهم
أكثر شفقة من الأول فامرؤا بتظار موت الجنين ليقطع بعد ذلك وهؤلاء
في الحقيقة أكثر وحشية من الذين قبلهم وأما الآن فالمستعمل هو الشق
العاني أو العملية القيصرية ولنجاح ذلك عظيم ولا يصح استعمال عملية
تقطيع الجنين إلا إذا علم موته أو تحقق عدم معيشته

(المبحث الثاني)

(في الشق العاني)

تاريخي لما علم أن عظام الحوض قابلة للتأقيد والاطاعة مدة الحمل كما سبق
لنا ذكره في كثير من القدماء أنه لا بأس أن يعان لين تلك العظام إذا كان
الحوض ضيقا بالتطولات والضمادات والاستقامات الموضعية أو العامة
فكان هذا نهاية ما هو عند القدماء في عظام الحوض قال بعض المتأخرين
وكلام جالينوس في الكلام على الحوض يلح له وذكر عن بعضهم أنه فصل
عظام العانة من بعضهم ما من بنات عند ولادتهن لتكون ولادتهن إذا كبرن
سهلة ومع ذلك تقول لم يعلم أن أحدا من الأطباء عمل هذه العملية قبلي
سيفواتوس في امرأة حية بل ولا سلفيوس خلافا لمن زعم ذلك وذلك أنها ولا
أبدى رأيه في ذلك ليدوان الأطباء الجراحين فهم من أهمل قوله ومنهم من ريفه
ثم ذكر رأيه في رسالة بحث قدمها في مدارس انجوير سنة ١٧٧٣ وبعد
ذلك بأربع سنين عمل عملية بهضرة لورواس لامرأة وحصل نجاح فيها وسلمت
المرأة وجنيتها من الخطر فصل بذلك هيجان غريب للأطباء واشتهر مدح
هذا الجراح وجوزي من أهل مدرسة هذا الطب بباريس فيسنان شرف
مع أن كلامه قبل ذلك كان عندهم في زوايا الإهمال فرجعوا وقالوا إن هذا
الشخص هو أول فاعل خير للبشر ثم تنازع الناس في نجاح تلك العملية

منهم من مدحها ومنهم من هجاها واتسموا الى قسمين قسم قدموها على
القيصرية وقسم قدموا القيصرية عليها ولم يزل الحال كذلك الى ابتداء هذا
القرن الذي نحن فيه ونهايته ان سيغولتوس غلط في كونه جعلها بدلا عن
العملية القيصرية ولقد زالت الآن التشككات والاغراض وصار الشق
العالي في غاية الاعتبار واعطى له حقه من المنفعة وطالما شوهد تمزق الارتفاق
العالي في مدة الطلق وارتقاء تلك المفاصل وذلك مما يؤيد ان تلك العملية تقدم
حصولها بالطبيعة قبل ان تعملها الاطباء

(المطلب الاول)

(في كيفية حصوله)

اذا قطع الليف الغضروفي الذي بين عظمي العانة سواء بعد الموت او في مدة
الحياة تباعدت العظام من ذاتها غالبا بنصف قيراط او قيراطا ومثي انقطع
الغضروف كان العظم الجرفقي على هيئة رافعة من النوع الاول فيكون مركز
الحركة في الجزء الخلفي من السطح المفصلي للعجز والفرع الخلفي من هذه الرافعة
الذي هو قصير جدا ويتكون من الحجة ينحذب الى الخلف فهو الخط المتوسط
بالاربطة العجزية الخلفية وقرعها المقدم المنثنى اثناء قويا بعد بقدر
ما زاد في الطول عن فرع القوة اي ذراعها ومقدم الارتفاقات الخلفية بنفتح
نصف افتتاح والمنسوج الليفي الذي يغطيها يتقاديس تطيل ويعتدل ويتصل
والوسادة المرنة التي من الخلف تنحسف والعجز المنضغط من الخلف الى الامام
يذهب فهو باطن الحوض الذي يكون مضيقه العلوي كما قال دليش على هيئة
مثلث وترزاوئيه القائمة اي الضلع المقابل لتلك الزاوية يكون من الخلف
فاذا اضاف الجراح ايضا على تباعد العاتين الضغط على العرفين الحرقطين
تحوالت القوة الى الفرع المقدم من الرافعة وعلم انه لا يلزم حينئذ قوة عنيفة
لتزق جميع ارتباطات المفاصل الخلفية وبالنظر لهذه الحالة خصوصا قال
بعض المولدين انه كلما انتقل العجز الى الامام لزم ان يزول شيء من عظم القطر
المقدم الخلفي ومثل ذلك ايضا يحصل في الحوض الفارغ وفي قطع القوي

المشغولة اما على المرأة الحية فانه كلما تباعدت العاتان دفع رأس الجنين المحز
الى الخلف زيادة عن حدوده الطبيعية لكن لا يسمح له بان يتقدم في التقعير ومع
ذلك من الخطر ان تبعد عظام العانة زيادة عن قيراطين فان الزيادة على ذلك
لا تحصل بدون ان يتمزق المنسوج الخلوي المتخلخل الكثير الذي في التقعير فتولد
الالتهابات الخفيفة

قال المعارضون لهذه العملية من حيث انكم اجمعتم اولا على انه ليس من الحزم
ان يجتهد في التباعد اكثر من قيراطين او قيراطين ونصف وثانيا على ان القطر
المقدم الخلقي لا يعظم الا خطين في تباعد قيراط واربعة خطوط في قيراطين ومن
سنة الى ثمانية في ثلاثة قراريط يكون من الواضح انكم لم تيسر لكم الاتساع
ثلاثة خطوط او اربعة فكيف تعملون هذه العملية الثقيلة لاجل اكتساب
ثلاثة خطوط * ولقد ظهر لهم اولا عدم الجواب عن هذا اليراد لكن بعد ذلك
عرف ان الحدية الجدارية بدخولها في الخلو الذي بين العاتين تزيل من
احدا قطار الرأس اقله ثلاثة خطوط يكون جميع ذلك نصف قيراط لكن
بذكرهم ذلك لم يلتفتوا الى ان القممعدوة والحدبة الجدارية توجد عادة خلف
جسم العانة والتجويف الحق لا على الوجه الخلقي للارتفاق مع ان هذه
الهيئة الاخيرة تفيد ايضا في العملية منفعة جليلة * قال المؤلف وانى متعجب
من كون المؤلفين لم يتكلموا على ذلك فان القطر المقدم الخلقي اذا لم يعظم الا من
خطين الى ثلاثة تعظم الاقطار المنخرقة اقله من خمسة الى ستة فينتج من ذلك
ان منفعة الشق العاني اوسع مما يظن عموما واثبت بعضهم وهو ديجر ج
ان الاقطار المنخرقة والمستعرضة للعوض قد تعظم نحو قيراط وانه قد يحصل
اتساع عظيم في المضيق السفلى خصوصا وينبغي لنا ان لانعول الاعلى
المشاهدات ففي بعضهم تباعد ثلاثة قراريط انتج عشرة خطوط واتفق في حوض
اتساعه قيراطان وخط ان تباعد قيراط انتج خطا ونصفا وتباعد قيراطين
ونصف انتج سبعة خطوط وتباعد ثلاثة قراريط انتج تسعة خطوط ونصفا
وفي حوض آخر نتج من قيراط ثلاثة خطوط ومن قيراطين ستة خطوط ومن

ثلاثة قراريط عشرة خطوط فاذن يكون من الغلط اتباع ما قاله بعضهم من انه يمكن ان ينال عظم في جميع اقطار المضيق العلوى الى قيراط ونصف

(المطلب الثانى)

(فى اعتبار هذه العملية والحكم عليها)

عملية الشق العالى يظهر حسبما سبق انها تستعمل اذا كانت زيادة اربعة خطوط او خمسة او ستة تسمح للرأس بان ينفذ ولم يكن لذلك جفت الولادة مثلا ولكن كانت سعة اصغر قطر الحوض تزيد عن قيراطين ونصف واما اخطار هذه العملية فالظاهر انه يعسر اتمرزمنها متى استدعى حجم الرأس تباعدا فيه عظم ما وكانت مفاصل الحوض قليلة الاسترخاء بالطبيعة حتى لو قسم التأثير على الحرقنتين او الفخذين لاجل تباعد العلتين لم يخرج الجنين وانه اذا جذب بالجفت او بعملية التحويل او كانت الانقباضات كافية فوجهه لم يكن هناك ما يمنع الرأس فى نفوذه من المضيق الضيق عن ان يوتر المفاصل الخلفية بقوة بل ويمزقها لتكون ابعاده مجاوزابعاد الدائرة التى ينفذ منها * واما من جهة العملية فبعضهم منع عملها بالكلية وهذا غير مسلم وبعضهم وجد منها نجاحا عظيما بحيث اسعف بها سبعة من ثمانية * ثم هى الواسطة الوحيدة للخفاة فى امور احدها اذا انحصر الرأس فى التقعير بعد ان تقدم مضيق ضيق وثالثها اذا تقدم من الفوهة ووقف فى ضيق المضيق السفلى وثالثها اذا خرج الجذع الى الخارج ولم يشك فى حياة الجنين ولم يمكن خروج الرأس من الطرق الطبيعية ففى هذه الاحوال الثلاثة تكون هذه العملية مفضلة على العملية القيصرية حتى بعد موت المرأة اذا لا بد من موت الجنين اذا اجتهد فى اخراجه من الفتحة البطنية * وهذه العملية ماعدا ذلك فيها منافع غير منازع فيها متى كان الضيق فى القطرين المستعرض والمنحرف او كان فى المضيق السفلى او كان ناشئا من قرن بفتح الرأ او ورم عظمى او ورم آخر صلب موضوع على الجانب او بروز فى التجويف الحق وكذا اذا كلن انحصار الرأس بهيئة مسمار او مسك بطرفى قطرة الجدارى المزروج او القعدوى الجهوى او بغير ذلك بشرط ان لا يكون

المضيق السفلى زائد التضيق وبالجملة فكما يشاهد ان استطالة القطر العجزي
العاني الناتج من فصل العاتين يلزم ان يكون اعظم كلما كان ضيق الحوض
اوضح كما ذكر ذلك بعضهم يجوز ان يحصل العكس ايضا كما به على ذلك ايضا
بوير والقبالة لسبيل

فلاجل عمل الشق العاني يلزم ايضا والا ان يكون الحنين حيا وثانيا ان يكون
محييه طبيعيا حسب الامكان بحيث لا يستدعي الحال جذبه بعد ذلك
بالقدمين وثالثا ان يكون العنق الرحي متسعا جدا ورابعا ان تكون المرأة
شابة بحيث لا يخاف من ان يكون في حوضها تنيس

(المطلب الثاني)

(في كيفية العملية)

توضع المرأة على طاولة الهاميات او على سريرها كما توضع لادخال الحفث وتقتنى
تخذيها ساوقا قريبا قليلا وتبعد ههما عن بعضهما باعدا مناسب او مساعدي يحفظ
منكبها ومساعدا آخر ان يسكن ركبتيها ورابع يمدد جلد البطن وخامس
يعطى للجراح الاكوات المحتاج لها والجراح يضع نفسه على يمينها او بين ساقيها
ويأخذ مشرطا محيدا جديدا ثم يشق به شقا يتدأ من اعلى الارتفاق ببعض
خطوط ويمتد به الى قرب البظر ويساره قليلا ويكون هذا الشق للجلد المخلوق
شعره قبل العملية ولجميع الاجزاء الرخوة التي يتكون منها جبل الزهرة ويكون
موازيا للخط المتوسط فيسقط به حسب الامكان في وسط المقصل ومع ذلك
لا بأس ان يميل به في جزئه السفلى الى الجانب قليلا بين طرف الشفر الكبير
والشفر الصغير فاصلا به ايضا احد اصلي البظر عن القرع العاني حذرا من التمزق
الخطر الذي يحصل فيما بعد ولا يصاب في ذلك الشق الا شرايين صغيرة فيربطها
مالم يقطع الشريان الاستحيائي الباطني باطالته شق الاجزاء من الاسفل مع
عدم زيادة الاحتراس ولاجل قطع الغضروف اشار بعضهم بان يفعل الشق
من اسفل الى اعلى وآخرون من اعلى الى اسفل وكثيرون من الخلف الى الامام
او من الانسية الى الوحشية واكثرهم من الامام الى الخلف ومنهم من استخدم

لذلك

لذلك مشروطا بسيطا او ذاتا من لوذا زرا واعتيادا يستمر منه كمال غريبان يظفر
 السبابة اليسرى حذرا من اصابة الاعضاء الباطنة قال للزلف وفي هذه الحالة
 لا حاجة لان يتازع احد فيما احبه واختاره من الاكوات وانما الظن ان اليد
 العاملة هنا كافي غير هذا الموضع تختار الشكل المناسب لها وان الصفة
 المهمة لسكين الجراح هي ان تكون صلبة جيدة السن والا فكذلك ان يقطع
 للعضروف من اعلى الى اسفل ومن السطح الجلد الى النخاع والوجه الخوضي
 للارتفاق وينبغي ان يطول الشق من الاعلى نصف قيراط بل خيرا طما ايضا
 على الخط الابيض ولا جل عدم اصابة المثانة او مجرى البول كما وقع ذلك لبعض
 جراحين ذهبوا يشق واحد الى رأس الجنين بعد ثقبهم من المثانة والرحم
 الخن ام يمكن ان تمسك صفيحة المشروط من قرب سنها بمسافة قليلة بالاظفار
 والسبابة من اليد اليسرى مدة كون الجنين تقطع بهذه ولا جل تأكيد
 الاحتراز ايضا على تلك المثانة وقناتها الدافعة بوضع القاطن من الابداء
 او اقله قبل ان يشرع في الزمن الثاني من العملية فهذه الواسطة تستغرق
 المثانة ويحذم الجس لتبعية قنات مجرى البول الى اليمن قليلا عندما يمال بشق
 الرباط تحت العانة الى اليسار قليلا واذ قطع معظم الجهاز الرباطي تضاعف
 الاحتراز فلا يقطع الا بمجرى من الالة ويقطع استعمالها متى زالت المرونة
 واستشعر بمقاومة في الشق والطبيب لروايس توهم ان الهوا اذا دخل
 في المفصل حصل منه تغيرات والمفصل عظيم فاوصي بان تعمل العملية
 في زمنين قال تلميذنا **كك** وروايت بان يشق لولا الجلد من تسعة خطوط
 الى عشرة ثم يقطع ثلث للعضروف يغطي زائد ثم يطيل شق الارتفة الى النظر
 ثم يرجع الى العضروف فيشق باقيه ويعمل هذا للشق في العضروف يغطي
 زائد وموس خفيف ولا **كك** من الدم الذي يسيل من الاوعية الصغيرة
 الاستحيائية بالطننة وتلن آخرون انهم يصلوا لتلك الغاية بكونهم لا يشقون
 الجلد الا من اعلى الارتفاق واسفله وفي سعة بعض خطوط حذاء جرته المتوسط
 وهذا ولا بد يصير قطع الرباط عمرا جدا واما الا ان قد زال هذا الخوف

الضعيف الاساس وكل الناس يعرفون ان العوارض التي تحصل من عملية الشق العاني ليست من فعل الهواء على الغضروف ويزاد على ذلك ان هذه التنوعات في طريق العملية لا تخرسها من هذه الاخطار بوجه من الوجوه ومن المهم قبل الاندفاع في العملية ان يتحقق محل المفصل لانه اذا كان الحوض معيبا لم يسدر ان يوجد زائغا الى اليمين او اليسار بحيث اتفق مرات ان الشق سقط على جسم العظام لاعلى الغضروف * فاذا اتفق ان الغضروف تعظم كما شاهد ذلك المؤلف وغيره كان من العسر ازالة اتساع عظيم من هذه العملية فالاحسن انه بدل ان ينشر المفصل كما اشار بذلك بعضهم نعمل العملية القصيرة واذا وجه المنشار الى خارج الارتفاق حتى على جسم العظم كما وصي بذلك بعضهم لم تكن العملية زائدة الخطر ولا قليلته لان التعسر انما يوجد من الخلف في المقاصل العجزية الحرقفية لا من الامام

والذي يحصل بعد قطع الغضروف هو ان القرع المؤخر للرافعة المحمية المكونة من العظم الحرقفي المنجذب ذلك القرع بمروية الاربطة العجزية الحرقفية الخلفية يساعد بين العاتين من ستة خطوط الى اثني عشر ويختلف هذا التباعد باختلاف ضيق الحوض ودرجة قوام الارضات ولينها واحيانا يحصل في العظمين معا على التساوي واحيانا اخر يكون في احدهما اعظم من الاخر * قال المؤلف وعلى كل حال لقد عسر على ان اعرف كيف يمكن ان يذهب بهذا التباعد الى محل بعيد حتى يصير خطرا فيكون من النافع تحديده كما فعل ذلك بوليه حيث ثبت القرع قبل نهاية العملية بواسطة حلقة من فولاذ مع ان الامر بالعكس بحيث يلتزم الجراح غالبا بل دائما لاجل ان يصل الى القدر المناسب ان يضغط من الامام الى الخلف ومن الانسية الى الوحشية يطيء ولطف على المشوك الحرقفية او بعد نخذي المرأة بلطف وبذلك لا يحتاج لاستعمال الجفت الذي ذكر بوليه وبذلك انه يدخل مطبوقا بين العظمين ثم يفتح بلطف ليتباعد يطيء * وبعد تمام العملية هيئات ان تحصل الولادة فاذا كانت الاقباضات قوية مستدامة نزل الحال لوسائط الطبيعة لتوصل

الى الدرجة المناسبة من تباعد العظام اما اذا كانت الرحم عديمة الفعل والطلق
ضعيفا او عرض بعض عوارض تستدعي استخراج الجنين بسرعة التزم
الطبيب وضع الجفت او يعمل عملية التحويل مع مراعاة الوصايا السابقة
قال المؤلف واخشي في مثل هذه الحالة من ان يلتزم الجراح توصيل القدمين
اذا لم ياتي من قبل بحيث لا يتوقف في اعطاء السليم المقرن لتنبه للاقتضات
الرحمية واكتفى باستئصال جفت الولادة حتى في الاحوال التي يوجد فيها الرأس
المحصور في المضيق العلوي موضوعا بالعرض وتقريب العقل ان في هذا الجزء
من الطلق يضطر لسلك الخرقتين او جمع الحوض باليد او بشرط مناسب
لمنع المقاصل عن ان تمزق غمزا فاعمى بالضغط المركزى من الرأس او بالافعال
القوية من الطبيب المولد

(المطلب الثالث)

(في التغيير على جرح عملية الشق العائى)

مضى ثمة الولادة بعد العملية تخلف المرأة ثم تقرب العاتقان لبعضهما ويوضع
على الجرح قطن مدهون بالمرهم البسيط ورفائد ثم يوضع رباط جسم يحيط
بالحوض ليحفظ الكل ويشد بحيث يمنع لحد ما حصول تباعد جديد للعظام
ثم توضع المرأة على سريرها وتنتلق على ظهرها وتلازم السكون التام
ولا تعمل بفتحها حركة مدة ستة اسابيع او شهرين فان ذلك هو الزمن اللازم
لصلابة الارتفاق وفي الابداء يكون تدبيرها الغذاءى تدبيرا صحاب العمليات
الثقيلة وتقاوم فيها العوارض بقوة اذا عرضت ويلزم ان يتأمل في السيلان
النظائى فتستعمل الحقن المرخية والفاسلة في المهبل اذا خيف تعجيل انقطاعه
قبل الاولان الاعتياى ويشار على المرأة بان تغذى جنينها بالارضاع اذا امكن
وتتقظ لجرحها بحيث تبقى شفته متلاصقتين فاذا قرب زمن الشفاء
لم يسمح لها بالخرجات وسيم المشى الامع غاية الاحتراس فاذا حصل مع الحركة
الم في الحوض رجعت الى السكون فزنا ما واغالب ان الوقوف والمشي لا يمكن
بدون خطر الا بعد ثلاثة اشهر او اربعة ولا غرابة فيما سمع عن امرأة ذكرها

سيفوتوس من انه يسر لها المشى في اليوم الخامس عشر من العملية
 وانه مع اغرب من ذلك في امرأة همل لها دبر يس هذه العملية وقامت وقعدت
 قرب مدختها في اليوم التالي للعملية

هذا واعظم ما يرغب فيه هو صلابه الارتفاق المنفضل غير انه شوهد نساء لم ينل
 فيمن ذلك ومع ذلك يسر لهن المشى والوقوف بل والنوب بدون ان يحصل
 لهن ثقل ووضعت هذه الهيئة بالصلابة العظيمة التي اكتسبتها المقاصل الخفية
 وذكر ديواس وغيره امثلة من ذلك وبالغ لورواس وتليذه لسكور حتى
 قال انه ينبغي ان تعان هذه الصلابة بعدم وضع رباط حول الحوض وزعما
 ان خلوا الارتفاق يمتلي بمنسوج خلوى لين لا يمنع صلابه المقاصل ويحصل من
 ذلك ان المرأة تلد في المستقبل بسهولة عظيمة * قال المؤلف وربما كان في هذا
 الزعم بعض صواب

(المطلب الرابع)

(في نتائج العملية)

قد علم لسانه مات اربع عشرة امرأة من اربع واربعين عملت لهم عملية الشق
 العاني وان كثيرا منهن بقي عاجزا ضعيفا طول الحياة ولا سيما المراتان اللتان
 ذكرتهما القابلة لسبيل وعملت لهما العملية في بيت الولادة يباريس
 وان العملية في بعض النساء كانت غير ضرورية لان من جملة الامثلة امرأة
 ولدت قبل ذلك اولادا احيامت مرات بدون استعانة بشئ واخرى عملت
 لهما في اول ولادة ثم ولدت بعد ذلك ولدا حيا بدون احتياج بشئ وغير ذلك من
 الامثلة وان اغلب الاطفال لا يعيشون بل يموتون في معظم الاحوال بسبب
 التحويل او وضع الحقت حيث يضطر الطبيب لذلك وانه مات في ثمان عشرة
 عملية عشرين نفسا من الامهات والاجنة واحتج في مرتين لتقل العملية
 القيصرية وان خمس نسوة حصل لهن عقب العملية سلس البول وحصل
 لاخرى عرج وان في اربع وثلاثين حالة ذكرها بودولوم ينح من الموت الاحد
 عشر طفلا فاذا اعتبرنا اخطار هذه العملية ونظرنا فيما بينها وبين المنافع التي

حصلت منها في الاحوال الحميدة لزم ان نوافق رأى ديزوموس في ان الشق
العالي ليس اقل ثقلا من العملية القيصرية وان استعماله يلزم ان يكون مقتصرا
في حدود ضيقة فان جفت الولادة والولادة المحرصة والنسليم المقتن وبضاف
على ذلك كاسرة الرأس ليدلولك اذا كان الجنين ميتا هذه كلها نصير الشق
العالي نادرا الاستعمال

(المطلب الخامس)

(في طريقة جديدة لعملية القطع العالي)

ذكر ان الطبيب الايطالياني فاووليقياجدينة نابلس بايطاليا اخترع طريقة
ليست هي الاتسوع الماذكره شمبيون وديجرنج وذلك انه بدل ان يقطع
الخصوف يعمل على جانبيه قطع جسم العاتين وفرعهما بين الثقبين المسميين
بفتح العانة فهذه الكيفية تبقى المفاصل العجزية الحرقضية سليمة ولا يخشى
جرح المثانة ولا مجرى البول ولا ترزح النسيج الخلوي الحوضي ويسهل ازالة
التيس ولا يخشى حصول خراج ولا نسوس ولا ناصور ولا عرج ولا التهاب
بريتوني ومنال بذلك اتساع عظيم للقطر العجزى العالي وهذه العملية ذكرها
قبله اينسكان وشرحها جيدا بمثل ما قلنا وان كان المنشار القصلي الذي
استعمله يختلف قليلا عن المنشار السلسلي الذي دخل عن قريب في اعمال
الجراحة لان الذي ذكرها اولاهو غلباني كما زعم ذلك بعضهم وانما يظهر
ان هذا الاخير هو اول من فعلها وسميها القطع الحوضي كما سماها بذلك
ايضا اينسكان وكان ذلك في امرأة معها آفة العظام قفل اول القطع من جانب
ثم امر عقبه للمرأة بالنسليم المقتن وبعد اربع وعشرين ساعة نشر الجانب الآخر
وحصل الموت في اليوم التالي لذلك فوجد في الحوض مواد سائلة عتمة
لا التهاب بريتوني فتج مآذ كرنا ان كيفية غلباني التي شرحتها سنة ١٨١٩
عيسوية ليست هي كيفية اينسكان او فاووليقياجدينة وان النساء الحوامل المعيبات
التكون لا يناسبهن فعل شيء من هاتين الكيفيتين

(المبحث الثالث)
(في العملية القيصرية)

سمي بالشق القيصري الفحة التي تعمل في البطن والرحم لاجل اخراج الجنين
اذ لم يمكن خروجه من الطرق الاعتيادية ثم توسعوا فيه فاطلقوه ايضا
على الشق والشقوق التي يضطر احيانا لفعلها في عنق الرحم من المهبل
بقصد الاعانة على خروج الرأس فلذا كان لهذه العملية نوعان

(النوع الاول)
(في الشق الرحمي البطني)

تاريخ علم يعلم الى الآن بالتحقيق اول فاعل لهذه العملية اذهى مذكرة
ايضا في التواريخ الخرافية القديمة عند اليونانيين والرومان فاليونانيون
قالوا ان باخوس بن المشتري اخرج عطاره من بطن تيماس وقال الرومان
ان اسقولا ب اخرج ابولون من بطن امه وان ليكوس ولد بهذه الكيفية وزعم
مؤلفو الرومان ان هذه العملية كانت مستعملة في الازمنة الساقطة قبل
ولها ذكر ايضا عند اليهود ومع ذلك ليس عندنا ما يدل دلالة قوية على انها
فعلت في النساء الاحياء قبل سنة ١٥٢٠ ميسوبة واما قدماء الاطباء
من اليونانيين والطينيين فلم يتكلموا عليها بوجه من الوجوه وانما ذكر
بلينيوس ان قيصر ولد بهذه العملية بعد موت امه ولذلك نسبت له وآخرون
ردوا ذلك بان امه كانت حية ايضا حينما توجه هذا الملك الى جزيرة الاقلية في
الجزيرة البريطانية وبالجملة فاصل تسميتها بذلك مجهول ايضا

(المطلب الاول)
(في اعتبار هذه العملية والحكم عليها)

اذا اطلعنا على المشاهدات الكثيرة لهذه العملية نرى انها كثيرا ما انتهت
بالنجاح وكثيرا ما انتهت بعدمه ونستفيد منها عظم النطر الذي يسبب عنها
ونستنتج من عدم نجاحها في اكثر الاحوال انه لا ينبغي للاطباء المبتدئين
في الممارسة ان يقدموا عليها الا بعد الاضطرار الكلي اليها مع ذلك لم يعرف

سبب كونها خطيرة مخيفة فان الجرح الذي يفعل في جدران البطن وان كان
عريضا الا ان الاجزاء التي تقطع ليست زائدة الرقة والطاقة ولا يصاب فيها
شريان ولا عصب عظيم الحجم ولا تستلزم عظيم اهتمام نعم يصاب فيها البريتون
واما اعضاء الهضم فيمكن بسهولة ان يجترس عليها على انه كثيرا ما شوهد
خروج احشاء البطن من جروح عارضة نافذة واسعة متضاعفة من كل نوع
ومع ذلك لم يحصل من ذلك الا قليل ثقل وترجع بعدها المرئى للصحة الكاملة
ونشاهد ايضا على مدا الاوقات فتح الغشاء المصلي البطني بدون خوف ولا فرح
في الاشخاص المصابين بالفتق المحتق واما جرح الرحم فليس في ذاته خطر
اذ من المعلوم ان قابلية التهيج في هذا العضو قليلة فحصول التهابات فيه قليل
ايضا والتحام جروحه يحصل بسرعة وتأكد كيف لا وعندنا الآن
مشاهدات في نساء عملت لهن هذه العملية مع النجاح عقب تمزق في الرحم
فجرح الرحم يكون اولا واسعا جدا ثم يصغر حتى يرجع الى خسه او سدسه
والنزيف الذي يخاف منه يتقطع بسرعة متى تكرر من العضو وانكس مش
ثم مع الاحتراسات اللازمة يمكن منع انصباب ماء الامنيوس والدم وغيرهما
في البريتون وقت العملية وبعدها فالظاهر ان الشق القصيرى ليس خطره
باعتبار ذاته وانما هو بسبب الحالة المخصوصة للمرأة التي عملت لها العملية
فاذا استدعى الحال فعلها وعمل بها قبل ان تقع المرأة في سقوط وهبوط وقبل
ان تسقط الرحم في الجنود ولم تقرب لحالة الالتهاب ويظهر التهاب بريتونى
او رجى او يقرب حصول ذلك وبالاختصار قبل ان تكون حياة المرأة في خطر
كان الغالب نجاحها اما في عكس ذلك فانها تكون مهلكة وبمقتضى ذلك
فطن صحة ما نقل عن الطبيب هول وبورن الاتقليزيين من كونهم نسباً النتائج
المغمة من هذه العملية في بلادهم للاحوال التي تعمل فيها لانهم انما يعملونها
في حالة اليأس والقنوط من المرأة اما في بقية الاقاليم فانه يبيكر بفعلها
قبل حدوث ما يوقع في اليأس من الحياة وهذا هو سبب النجاح عندهم

(المطلب الثاني)

(في الدلالات)

إذا كان اصغر قطر للحوض أقل من اثني عشر أو خمسة عشر خطاً سواء كان الجنين ميتاً أو حياً كان الشق الرحي هو المخلص لهذه المرأة فإذا كان هذا القطر من ثمانية عشر خطاً إلى قيراطين ورربع عملت هذه العمية أيضاً إذا بقي الجنين حياً وبقي في هذه الحالة أن يقال هل الأحسن اتباع رأي الاتقليزين من اتلاف الجنين وحفظ حياة الأم ولقد طال ما عملت العملية لأجل إخراج جنين ميت فقط فيكون هناك وجه لأعراضنا هذه المسألة وقد يلتزم الشخص استعمال هذه العملية إذا كان أنساع اصغر عمر قيراطين ونصفاً أو ثلاثة قيراطين الأربعة وحكم بان الجفت أو التحويل أو الشق العاني غير نافع لأفائدة فيه وقد يدعى الطبيب في أحوال محزنة فيها ارتباط عظيم وذلك إذا حصل من التحويل أو وضع الجفت تمزق واسع رحي مهبل وكان الحوض ضيقاً وجاء الجنين بالوجه ومات وصار القرج والمهبل وبقيت الأعضاء المنصورة في الحوض ملتصقة منتفخة متبسة وقربت الرحم لأن تفصل بالكلية من المهبل وصارت المرأة ضعيفة بحيث لا يمكن أن تغير وضعها بدون أن تعرض نفسها للموت حالاً فهل في مثل تلك الحالة تترك المرأة حتى تموت أو تعمل لها العملية وإن كانت حالتها حالة يأس وقنوط ~~يجوز~~ قال المؤلف ونحن انما نختار الشق الثاني وإن خالف في ذلك بعض المعاصرين ولو كان الغالب على الظن موت المرأة في العملية

(المطلب الثالث)

(في فعل العملية القيصرية بعد موت الأم)

كما تفعل العملية القيصرية في الأحياء تفعل أيضاً في من ماتت بعد الشهر السابع من حملها بدون ولادة إذا الجنين قد لا يموت بموت أمه وإن كان للغالب موته أولاً فالظنون على ما قيل أن حياة الجنين قد تبقى بعد موت أمه إلى ثلثي عشرة ساعة أو أربع وعشرين بل إلى ثمانية وأربعين ومشاهدات ذلك كثيرة

حتى ذكراته نجي من الموت بهذه الكيفية احد وعشرون جنينا في متريال
مدينة صغيرة باسبانيا في مدة اربع سنين وثلاثة عشر جينا في برجنق
وعملت العمالية القيصرية في مثل تلك الاحوال عشرين مرة في ثمانية عشر
شهرا في سيرا قوس وذكرا برتون مشاهدات كثيرة في ذلك منها ان امرأة اصببت
بجولة مدفع فسمتها نصفين وسقط جنينها في الماء ملفوفا باغشيته والتقطه
حييا بعد زمن ما عسكرى مر بذلك الموضع وثبت ايضا ان امرأة ماتت فجأة
في الصباح وفي مساء اليوم التالي رأى من كان موكلا بحفظها ان بطنها تحرك
ثم خرج الجنين منها في اليوم التالي لذلك اقول وعندنا معاشر العرب
في نواريجنا ما يقوى ذلك فقد رأيت في مختصر تاريخ ابن خلكان ان ابا عبد
الله محمد بن الحسن ابن فرقد الشيباني الفقيه الحنفي الاخذ عن ابي حنيفة
حكى ان ابا حنيفة اتى له بامرأة ماتت وفي جوفها ولد يتحرك فافق بشق جوفها
فشقوه واستخرجوا ولدا وكان غلاما فعاش حتى طلب العلم وصار يتردد
الى مجلس محمد بن الحسن المذكور ويسمى ابن ابي حنيفة لكون ابي حنيفة
كان هو السبب في احيائه ومع ذلك هناك امثلة اخرج فيها الجنين ميتا بالجفت
او بغيره بعد موت الام بزمن قليل كربع ساعة او نصف ساعة وامثلة ذلك ايضا
كثيرة بل هي اكثر من النجاس التي هو نادر جدا فامثلة النجاس تعد
من المستغنيات والا فالغالب عدم النجاس ويكون من المستغنيات ما ثبت ايضا
ان بعض الاجنسة بقي محفوظا حيا في اغشيته او الماء القاتر خارج الرحم
مع انه ليس هناك دورة واصله بين المشيمة والرحم فن الواضح ان الام متى ماتت
لم تبق حياة الجنين بعدها الا بعض درجات بل دقائق على فرض انه لم يمت قبلها
فيستنتج من ذلك كله ان العملية القيصرية بعد ساعة او ساعتين من موت المرأة
موتها حقيقيا تكون في الغالب غير نافذة بالكليمة ومن غير النافع بقينا مراعاة
حفظ حياة الجنين قبل تمام الشهر السابع
واما وجوب فعلها بعد موت المرأة حال او مراعاة مثل الاحتراسات التي تراعى
في فعلها في المرأة الحية فلا يشك فيها احد لكن لا يخفى انه يعسر تحقيق ذهاب

حياة المرأة بالكلية بدون رجوع وأنه يلزم السرعة في العمل حيث قد نعم ربما وصلت تلك السرعة لموت كان يمكن للمرأة التحرس منه وربما كان الزمن اللازم لنا كيد موتها كافيا لموت الجنين الذي في الواقع لا يخرج حيا الا في بعض احوال نادرة خارجة عن العادة أكثر من موته في الازمة الاولى من موت الام وقد ذكر وزير تان وبودلوك ثلاث نسوة ظن موتهن فعملت لهن العملية القيصرية فرجعن لحالتن السباتية التي حققت عدم موتهن واغرب من ذلك ما ذكره بوه وذلك انه ظن موت المرأة فابتدأ الشق لفصل للمرأة ارجحاف معصوب بصري في الاسنان واهتزاز في الشفتين ومثال آخر افزع من ذلك ظن فيه الطبيب ترشنيقي ان المرأة ماتت مع انها كانت في حالة انغماس فعملت بالعملية وانزق الدم الشرياني على الطبيب عند شقه الرحم ووجد دوس نودي لامرأة من مسافة ملققتين حصل لها في الطلق تعب شديد فلما وصل اليها ظنهم امينة منذ ساعتين فلم يبادر بفتح البطن وانما بحث في اعضاء التناسل فرأى ان الحوض جيد التكون ففقد على قدمي الجنين حتى خرج في حالة موت ظاهرة فروعى مع الاحتراس حتى عاد للحياة بعد ساعتين واما المرأة فلم تزل اطرافها حافظة لسلامتها فمنع الطبيب دفنها حتى تخضر البطن فبعد بعض ساعات خرجت المرأة من السبات والحذر الذي كانت فيه ورجعت لها صحتها وعادت بعد اربع سنين لطبيبات تعرفه بانها لم تمت فاذن ينبغي للطبيب اذا دهي لامرأة اشيع موتها عن قريب ان يتأكد حالة الحوض ويجهتد في اخراج الجنين من الطرق الاعتيادية متى كانت زائدة السعة بحيث يمر منها فاذا علم الاحتياج للشق الرسمى عمله مع مراعاة القوانين والاحتراسات اللازمة لفعله في الاحياء فاذا حصل شيء بعد مراعاة ذلك لم يقع عليه لوم

(المطلب الرابع)

(في احوال هذه العملية بالاختصار ونتائجها)

من اغرب هذه العملية تكرارها في امرأته ثلاث مرات في ثلاثة اوضاع مع النجاح الزائد ونزلت الاولاد اقوي في اثنين منها وكانت تلك المرأة مصابة بآفة العظام

وكان بين ارتفاق عاتقها والتمتد البارد قيراطان وربع واول ولادتها كانت
سنة ست وعشرين وثمانماية والقب عيسوية وكان طبيبها يسمى زونك فادخل
الجفت فليقع فعمل لها اول عملية فحصل عجبها تزيف غزير فاقف بالماء البارد
وكان الولد فيها ميتا من مدة طويلة وحصل لها الشفاء التام بعد شهر ولم يعرض
عارض آخر الا احتباس البول وفي سنة ثلاثين وثمانماية والقب احتج له عمل
تلك العملية لها بعد ان مكث الوجع اربعة وعشرين ساعة ففعل لها الطبيب
ويديمان شقاعلي يسار الخط الابيض وطوله فجاءت المشيمة واستخرجت
بسهولة كما استخراج ايضا جسم الجنين واما الرأس فسلك اول بسبب انقباض
قوى ثم خرج وبقي هذا الجنين حيا ثم في سنة اثنين وثلاثين عملت لها عملية
ثالثة فاختير فيها الجزء الايسر من البطن ففعل فيه شق منحرف قليلا
من الباطن الى الظاهر مبتدأ من اعلى الالتحام الثاني الى نصف قيراط من اسفل
هذا الالتحام وصاح الجنين عند خروجه وكانت زنته ستة ارطال وثلاثة ارباع
وطل ثم بواسطة جذبات لطيفة خرجت المشيمة الى الخارج وحصل تزيف
وافر اوقف بسكب الماء البارد من محل مر تقع وبعد نحو شهرين خرجت المرأة
من المارستان مع ابنها قويا ذابنية جيدة وكانت هذه اول نجاح لتلك رارهذه
العملية في امرأة واحدة وكثير من التسامات في ثانی عملية

(احوال نجاح العملية)

(في القرن الثامن عشر والتاسع عشر وعدم نجاحها)

اما في القرن الثامن عشر فاحوال عدم النجاح بالنسبة للام ٣٩ و يضم لها
مثلها في العدد لبودلوك يبلغ الجميع ٧٨ ولم يعد منها الاحوال التي حصلت
في بلاد الانكليز لانهم كما قال ونير لا يهملونها في بلادهم الا اذا كن القطر الهجري
العالي قيراطا ونصف او عدد تلك الاحوال عندهم سبعة

واما في القرن التاسع عشر فالاحوال الرديئة بالنسبة للام اثنان وستون
فتكون جميع الاحوال الهزينة المعروفة بالنسبة للام في القرنين معا ١٤٧
واما الاحوال السعيدة بالنسبة للام فكانت في القرن الثامن عشر ٧٠

وفي التاسع عشر ٤ فتكون جلتم في القرنين ١١٨
ثم في ثمانين مرة عملت العملية في اثنين وستين منها بسبب ضيق الخوض ولا سيما
القطر المقدم الخلفي للمطيق العلوي فكان

قيراط	حالة
١ -	في ١
١ -	٨
١ -	٢٣
٢ -	٤٥
٢ -	٥
٢ -	٥ $\frac{1}{4}$ الى ٢

ثم من سنة ١٨٤١ عيسوية الى ١٨٣٠ فعلت العملية احدى وستين مرة اما
من سنة ١٨١٠ الى ١٨٢٠ فعلت ثمان وعشرين مرة ويستدل من النظر
فيها ان الوقت الذي فغلت فيه ليس له تأثير في موت النساء فان منها ستا وثلاثين
عملت في بيت الولادة فكان منها احدى عشر عملية جيدة وخمس وعشرون مخزنة
واما الاعمال الخارجة عن المارستان فخرج من الستين احدى وثلاثون واما
بالنسبة للاطفال فالمشاهد انهم يولدون احياء اذا عملت العملية قبل غرق القرن
او بعده حالا ثم ان نسبة النساء الناجين للموتى على مقتضى ما ذكر تكون كنسبة
اربعة لثلاثة

واما اسباب الموتى فعلى مقتضى ما في هذه الجدول

٤	من مات بعد العملية حالا
٨	من التشنجات
٣	من الضعف والهبوط
٧	من التزيف
٣	من انتفاخ الخلفة بالغاز
٣	من انصباب سائل في البطن
١	من لين مستدام في العظم

من اسمنا ما في

من التهاب البرتون والامعاء ١٣

من الغنفرينا ٨

واما ايام الموت والشفاء فلي حسب ما سيذكر في هذا الجدول

عدد الافراد	اسابيع الشفاء	عدد الافراد	ايام الموت
٣	٣	٨	١
٤	٣	٦	٢
٥	٥	١٠	٣
٦	٥	٥	٤
٧	٣	١٢	٥
٨	٣	٤	٦
١٠	٢	١	٧
فالحالة المتوسطة من خمسة اسابيع الى عشرة		٣	٨
		١	١٨
		١	٢٠
		١	٢٧
		١	٣٠
		١	٤٥
		١	٤٥

الاجنة المبينون والاحياء * جملة الاحياء ٦٧ والاموات ٢٩ * والالتحام
لم يتزق الا في ثلاث مرات من ثمان واربعين مرة اما في غيرها فانه كان يتدد
تمدد اغرياني في الاوضاع التي جاءت فيما بعد * والعمليات الناجحة التي عملت
في المرة الثانية نسبتها لغيرها جيدة فهي كنسبة احد عشر لخمس بخلاف
مطلق نسبة العمليات الجيدة للمحزنة فانها كنسبة ثلاثة لاربعة

(المطلب الخامس)

(في طرق العملية)

كانوا سابقا اذا جزموا بضعفها بعد موت المرأة لاجل اخراج الجنين بآمر و
 بفعل الشق في الجهة اليسرى خوفا من اصابة الكبد الذي هو في الجهة اليمنى
 واما الآن فنقطعها على الاحياء ظهر لها قوايين اضبط واضح فاحسن
 الطرق واجملها خمس احدها ان يكون الشق على الخط المتوسط موازيا لمحور
 الجسم وثانيها يكون وحشى العضلة المستقيمة وثالثها شق جدران البطن
 بالعرض على جانب من جانبيها ورابعها يكون الجرح موضوعا فوق رباط
 فلوبيوس حالا وعلى اتجاهاه وخامسها يكون الشق في محاذة العرف الحرقفي
 وهما هي الطرق التي ذكرها المؤلفون لهذه العملية

الاولى طريقة مورسوس * هذه الطريقة ذكرها مورسوس قبل ان يذكرها
 غيره فقال ذكر معظمهم ان يشق في الجانب الايسر من البطن غير ان الاحسن
 ان تكون الفتحة بين العضلتين المستقيمتين لان الذي يقطع في هذا المحل
 هو الاغشية التي منها الجلد والعضلات لا غير انتهى واستعمل هذه الطريقة
 كشمرون واختارها بودلوك وهي المختارة الآن بفرنسا وانكليزية
 والنيسا وفي تلك الطريقة تحفظ العضلات فلا يقع الشق الاعلى الخط الابيض
 ولا يحصل منها الايسر الم ولا يصاب فيها شريان وزيادة على ذلك ان شق الرحم
 يكون موازيا لاتجاه اليافها الرئيسية لكن قيل انها تعرض لجرح المثانة
 وسيلان السائلات لا يحصل في مدة العملية او بعدها الا بعسر والجرح الذي
 لم يحتمل الاعلى نسج ليفي بلغم يغطي والرحم التي انفتح معظم سعة جدارها
 المقدم لا تميل شفتا جرحها لان تقاربا وانما يتباعدان باقباضهما

الثانية طريقة القدماء الاولى عند القدماء حيث اختلفت في العملية في جانب
 البطن ان تكون في الجانب الايسر فيعمل شق يكون تارة مستقيما وتارة
 منحرفا قليلا وتارة صليبيا او متضاعف الاتجاه ولكن يكون دائما وحشى
 العضلة المستقيمة والمختارون لهذه الطريقة ذكروا ان منفعتها عن السابقة
 ان المثانة تكون فيها محفوظة من كل عارض وان التحام الجرح يكون سهلا
 ويسهل خروج المواد التي يلزم خروجها من الجرح ولما كانت الرحم يحصل فيها

غالب حركة النفاث على محورها بانحرافها الى اليمين واليسار طنوا انها اذا شقت
على الخط المتوسط يقع الشق اقرب لحافتها اليسرى من وسط قسمها المقدم فعلى
مقتضى ذلك اوصوا بان تعمل العملية على الجانب الذى تميل الرحم نحوه
طبيعة **قال المؤلف** لكن اذا سلمنا حقيقة هذه المنافع يكون اجحافا وخروجا عن
الانصاف فان الظاهر ان لهذه العملية اخطارا وهى اصابة الشريان
الشراسيقي او فروعه وعدم امكان حفظ الجرح متقارب الشفتين بسبب
انقباض العضلات المستقيمة والمستعرضة وعدم امكان توازي جرح الرحم
بجرح البطن

الثالثة طريقة لوفرغات * والطبيب لوفرغات الذى عرف المنافع العظيمة اولا
للشق الرحى على الخط الابيض التزم فحزرا من اخطار الطرق يكتنن السابقتين
ان ينظم طريقة استعمالها قد يابعض الاطباء فاقصى بشق مستعرض طوله
خمسبة قرار يربط بين العضلة المستقيمة البطنية والعمود الشوكى تحت الضلع
لثالث الكاذب بكثير او قليل على حسب كون قعر الرحم بعيدا عنه كثيرا
او قليلا فاذا فعل ذلك تبعد الياف العضلة المستعرضة لانهما تقطع فبذلك
لا يصاب الشريان الشراسيقي ولا القطنى وبه يقع الجراح على عمق الرحم الذى
تجويفها يكون على شكل قمع يعين على سيلان النفاس من المهبل ومن الخثرة
ويسهل حفظ توازي الشقين والخياطة هنا غير نافعة وانما مجرد الوضع يكفى لحفظ
شفتى الجرح متقاربين والزاوية الوحشية للجرح تكون شاغلة لا ميل جزء
فى البطن فلا يخاف انصاب المواد فى البطن كما يخاف فى الطرق السابقة * قال
المؤلف ولنا ان نبحت فى ذلك بان الالياف العممية للعضلة المنخرقة الكبيرة
والصغيرة تقطع ولا بد فادنى حركة تطرد الاحشاء الى الخارج والرحم
من حيث انها انشقت من قعرها بالعرض وهناك يكون اغلظ اوعيتها لم تلبث
قليل حتى تبعد عن القوة الظاهرة بعد اعطيا والياها اذا انقبضت تعب
بقارب حواف الجرح الباطن لانهما تعين على التقارب فهذه العملية
وان حصل منها نجاح للطبيب لوفرغات مرتين وكذا غيره لانهما تعرض للجرح

الشريان الشرايين في قلبه اقل خطرا من السابقين
 الاربعة طرق التجنيس وبنها ولا الاختناستين ان يصل شق منحرفا وراوى
 مهدي مبدأ من القرع الاقنى لعانة من جانب نافذ من الخط الابيض هشته
 لطرف المضاع الاخير الكاذب من الجانب الاخر * وثانيها اختار زنج ان يعمل
 الشق من وسط الخط الابيض من جانب الى مسافة قيراط ونصف من وسط
 القرع الاقنى للعانة الى من ذلك الجانب * وثالثها اوصى بوزج اولا
 في سنة ١٨٠٦ ان يشق المهبل فقط او مع عنق الرحم لا غير بعد فتح جدران
 البطن ثم في سنة ١٨٢٠ اراد ريجان ان يحترس على البريتون فجعل الشق
 عملا ليمسك من الشوك الحرقية المقدمة العليا الى شوك العاتين ثم يفصل
 التصاق البريتون ويدفعه الى الباطن لاجل ان يشق المهبل والعنق * قال
 المؤلف ولا ادري كيف يمكن ان يشق طرف الرحم بدون الغشاء المصلي
 المحيط به ويظهر لي ان التحصير في اللازمة لهذه الطريقة مع ما ينضم لها
 من فصل الالتصاق الذي يلزم ان يكون في الحفرة الحرقية ليس من طبيعتها
 ان تقصر العملية اقل تقلا من الطرق السابقة على ان هذه العملية انما هي مجرد
 ذكر وقصد ولم يعلم الى الان ان احدا استعملها في الاحياء * واوصى ميل
 بلنيسش عنق الرحم لاجسه في العملية للقيصر به غير ان ذلك لم يتبعه في العمل
 الاول ولولا الصغير لكن اخطا في ذلك هو التريخ وعدم التصام جرح الرحم
 اما الاول فلان الرحم لا يتقبض على قسبل يبق في حالة خلوده وتقبض بعد
 العملية لتجانبه رديا واما الثاني فلان مصطلح التهاب ولو قيل لا مصاحب
 لا يضرب ظم في الجسم عنق التصام الجروح والقروح فيكون ذلك نتيجة
 لا خطارا التي يفتش على المرأة منها لاسبب لها

انما مسة طريقة بولدول الصغير * لما نسب بولدول الاخطار الرئيسية
 في العملية للقيصر لا صابا للبريتون واعتبر جرح الرحم مهلكة من فوائدها
 ذكر طريقة هي على حسبه بالنظر لهذا الخطر المزدي حاص من بقية الطرق
 وتختلف عنها بالكمية وذكرا من دواء استعمالها مع التبايح ثلاث مرات

في امرأة واحدة مع انه قد خُس نسوة من ثمانية بطريقة لوفرات وكيفيتها
 المن يندأ الشق قريب شوكة المعانة وبطيئه على موازاة رباط بوبار حتى يجاوز
 الشوكة الحرقمية المخدمه العليا وعلى الجراح ان يختار الجانب الايسر بسبب
 ميلان العنق الى تلك الجهة اذا كانت الرحم زائفة الى اليمين والجانب الايمن
 في ~~هكس~~ ذلك وبعد ان يقطع جدار البطن بدون ان يلامس الشريان
 الشراسيفي يبعد البريتون من المفرة الحرقمية الى التقعير ويحاط منه الجزء
 العلوى من المهبل ليفتحه فتحة في ساعة ما ثم يتخذ اصبعه من هذه الفتحة
 ليدخل في الفتحة الرحمية التي يجتهد في جذبها نحو جرح البطن ضاعطا على
 قعر الرحم في الجهة المخالفة لذلك ليعين على انقلابها فاذا صار العنق مجاورا
 لفتحة جدران البطن ترك الولادة للتباضات الرحمية او توسع الفتحة بالاصابع
 ويجذب الجنين اما باليد او بالحق وهذه العملية وان كانت بدعيه الا انها
 لم تستعمل في معظم الاحوال وتغرق المهبل مع التمسك الذي يحصل بالضرورة
 في المفرة الحرقمية او في التقعير الخوضى جهول مخيف كما ذكر من الشق المناسب
 للبريتون والرحم الذي يفعل في الشق الرحى الاعتيادى

السادسة طريقة فريك التي لا تبعد كثيرا عن طريقة بودلوك وذلك ان هذا
 الطبيب بعد ان ذكر ان البريتون في الحوامل يسهل فصله عن المثانة وما حوالى
 عنق الرحم طأن انه اذا فعل شق افقى اعلى عن المعانة خلا جاز ان يوصل لعنق
 للرحم فيفتح ذلك العنق بدون ان يصاب الغشاء المصلى البطني لصكن يصح
 ان نقول كما حال هورنر ان هذه العملية ليس فيها عظيم اهتمام فلا حاجة
 للبحث فيها

السابعة طريقة المولت قال يلزم ان يكون دائما شق الجدران البطنية محاذيا
 لابرز جزء من الرحم قبيل انقباض القرن يكون ذلك دائما في الجدار الايمن
 وبعد خروج المياه يكون عادة على الخط الايسر في السطحة الاولى متى بقيت
 الرحم عظيمة الحجم او مخرقة جدا لئلا ينحرف الى الايمن ان يوضع الشق بلضراف
 من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية كما يفعل في ربط الشريان

الحرق في طريقة ابرنيث لان يتبع الخط الثامن اى الاتصاف في هذه وحدها
 هي الوساطة للتحرز من اصابة الشريان الشرايينى ولبقائه وحشى العضلة
 المستقيمة وامان جهة الرحم فيظهر ان منفعة الشق الهلالي فيه هو انه يعطى
 عمرا سهلا لخروج الجنين وانه ينسد سر يعاوان يكون الذهاب به دائما الجزء
 الذى لا يوجد فيه الاقليل من الاوعية بسبب تقعيه وقد سلكت هذه الطريقة
 في امرأة عملت لها هذه العملية واظن انها ستصير متبعة عموما

(المطلب السادس)

(في كيفية العملية)

ما يلزم قبل العملية اذا خيف خطر على الجنين ينبغى المبادرة بالعملية
 وان لا يحكم بها الا بعد ان يؤكد ان الحوض ضيقا جدا بحيث لا يخرج الجنين
 منه فقد اتفق ان امرأة كانت بين يدي لورواس وهو يتكلم في لزوم العملية
 القيصرية لها فيبينما هو كذلك اذ ولدت تلك المرأة من غير استعانة بشئ
 وبعض المولدين كان بأمرو وضع المرأة في مائدة العملية خوفا من دخول الهواء
 في البريتون واما الآن فقد صار ذلك معدودا من الهذيان والوسائط المستعملة
 لتحضير المريضة هي القصد والاستصمامات والمسهلات ونحو ذلك مما يستعمل
 للعمليات الكبيرة

فاذا بقي جيب المياه بدون انفجار فهل يلزم تمزيقه كما اوصى به بعضهم قبل
 شق الرحم او يترك سليما كما هو رأى الاغلب ونحن نقول اذا استقرغ سائل
 الاغشية امن من انسكاب السائل الامنيوسى في البريتون وقل الخوف
 من التزيف ومن خلود الرحم لكن ليست هذه العوارض هي التى يكون الخوف
 منها اكثر مدة العملية لانه يخاف من اتقباضات الرحم اكثر من خلودها
 واذا كانت البذرة نامة سهل استخراج الجنين وجرح الرحم الذى يكون
 في الابتداء اكثر انتظاما وسعة ينتهى بان يصغر جدا فينتج من ذلك ضعف
 التئج الذى يحصل في الرحم فاظن وقاطا لا يزد موسى ان الانفع ابقاء جيب
 المياه بدون تمزق

ولا ينبغي

ولا ينبغي ان يحمل ثريغ المشنة خصوصا اذا اريد اتباع طريقة مورسوس
والجهاز مشروط بحذب ومشط مستقيم ذو زرو جفون ومقصات وابر خياطة
وخياط وانايب وبن وعصايب غروية وتفتيك مساوى وغير مساوى وخرق
مدهونة بمرهم ابيض ورفاند طويلة ومربعة ورباط بدن واسفنج دقيق وكبير
الحجم وحفنة وانايب من صمغ مرن في الحالة التي يفعل فيها الحقن وماء فاتر
وماء بارد وخل ونيذ وماء كلونافه هذه كلها يلزم تحضيرها وتوضع المرأة على
حريرها حسب الامكان وتلازمه في الايام الاولى من العملية ويكون وضعها
غير متعب لها فاذا كانت على ظهورها يكون رأسها مرتفعا قليلا والساقان
والفخذان منفصلتان قليلا ويحفظها مساعدون ليتيقظوا لحركاتها الغير
المناسبة التي يمكن ان تسبب عن الاوجاع وشخصان منهم يضعان ايديهما على
يائيمها وقعر الرحم ايضا بحيث يمدانه في محله اللاتين به حتى لا ينزلق عضوين
سطة وجدار البطن ويكون ذلك التعر مع الجدران البطنية كتلة واحدة
ولذلك يظهر ان وضع اليدين على اسفجة عريضة كما اوصى بذلك بعضهم
اولى من وضعهما عاريتين

الشق يشق الجراح مشروط بحذب جميع الطبقات مبتدأ من حوالى السرة
ومتجه نحو العانة متقاسمته من خمسة قراريط الى ستة لان تؤخذ ثنية
عريضة ثم تقطع كما امر بذلك بعضهم ففي ذلك يشق على التعاقب الجلد
والطبقة التي تحته والصفاق والالياف العضلية اذ الم تعمل العملية على الخط
المتوسط وكذا المنسوج الخلوي ولا ينبغي ان ينزل بهذا الشق الى قرب العانة
جدا لوجود المنانة هنالك ولان جدران البطن هنالك تكون غالباً سمكة
جدا وانما الاحسن ان بطوله الى اعلى عن السرة مع الاحتراس عن ان يمر به
الى يسارها حذرا من احصاء الوريد السرى ولا سيما التغمم للذي يمكن ان يوجد
بينه وبين الوريد السرى وقد ذكر هذا التغمم كثير من المتأخرين ومنهم
المؤلف في كتابه في التشرريح الجراحى * وبعد فتح البر يتون تدخل في مقعته
السبابة اليسرى التي تستخدم حريشا كمشرط ذي زرو توسع به تلك الفتحة حتى

تكون سعتها كسعة شق الجلد خيفة ذلك تكشف الرحم فتشق طبقة طبقة حتى
 حتى يصل بذلك الى سطح البذرة ثم لاجل ان يحفظ ما يمكن من طول العنق
 يؤمر المساعدون بان يحفظوا بلطف قعر الرحم بان يحركوه حركة مرحة
 الى الامام ويصح ايضا كما قال بعضهم ان يسحب في الزاوية السفلى لجرح الرحم
 لتحصل تلك الحركة او اقله ان يعان عليها فان تلك الحركة بسبب كونها تسهل
 استطالة الشق بعيدا جدا الى الاعلى تمنع اصابة العنق فتفظله واوصى بعضهم
 بان يشق الرحم من اسفل الى اعلى لينح خروج الامعاء ومن هؤلاء من ادرك
 ان الرحم يلزم ان تكون محل ارتكاز لشق جدران البطن والاحسن لاجل
 هدم التعرض لجرح عروق المشيمة ان يستعمل المشرط ذو الزلكتامة الشق
 لان يستعان بالهمس القنوي لتوجيه المشرط المحدث عليه * قال المؤلف
 ولا ارى خطرا في ~~كون~~ الاصبع بفصل اولا جزأ من المشيمة والاغشية
 ولا بأس في هذا الوقت لا قبل ابتداء العملية ان تتبع وصية بعضهم من فتح
 جيب الميما من المهبل سواء بالاصابع او بالآلة كما يفعل ذلك عموما في بلاد
 النجس واذا جرح ناعلى ما هو الاحسن على رأى المؤلف من ثقب ثلاث البذرة
 من الجرح يكون من المهم زيادة اقباله المساعد في كون الجدران البطنية
 لا تفرق الرحم في هذه ~~الكيفية~~ كيفية يمنع انصباب الميما في البريتون وخروج
 الاحشاء الى الخارج

استفراج الجنين * ثم بعد ذلك يستخرج الجنين بسرعة فاذا جابه بالرأس
 او بالمقعدة يجذب وهو في هذا الوضع ولاجل الاعانة على خروجه يؤمر
 المساعدون بالضغط بحفظة على جاني الرحم من وراء جدران البطن فاذا جاء
 على غير هذا الوضع مسك من القدمين واستخرج مع الاحتراسات اللازمة
 في الولادة من الطرق الاعتيادية بان يحترس خصوصا من رض شقي جرح
 الرحم او جذبهما

وبعد خروج الجنين يصح كما قال بعضهم بمساعدة مجس من صمغ مران ان يدخل
 الحبل السري في الجرح لتخرج المشيمة من المهبل لكن لا منفعة في ذلك بل

ذلك يزيد في بطئ العملية بطئا محسوسا وزيادة على ذلك ان انكماش الرحم
الذي يصير غالبا هذا العمل غير ممكن يقهر المشيمة على ان تخرج من الجرح
فتعلم بذلك على الطريق الذي اختارته للخروج ثم لاجل ان يقل حجمها
ومقاومتها تمسك في خروجها من احد حوافها اذا امكن وذلك احسن
من مجرد جذبها بالجيدل واما الاغشية فيختس على لفها على هيئة حبل
كما في التخلص الطبيعى حذرا من ان يبقى منها شئ في الرحم فاذا انصبدم
وتجمدهم قطعوا الزمان باليد ولا بأس ان تغسل جميع الاعضاء بالحقن بالماء الفاتر
قال المؤلف ولا ارى كما رأى غيرى انه يلزم ادخال اليد في الرحم لاجل ان ينبه
انقباضها ودفعها المشيمة من الطرق الاعتيادية ولا كما قال استين انه يوضع
في تجويفها قطعة اسفنج طولها ثلاثة ارباع ريط وتبقى فيها لتخدم للرحم قطعة
ارتكازا ولتشرب مادة الحقن ولا كما قال بودلوك ان من النافع لاجل ان يبقى
عنق الرحم مستقيما ان يوضع فيه شريط خيطى ولا غير ذلك مما ذكره المولدون
من قنوات ومجسات وغيرها فان هذه الوسائط لا تمنع انسداد القوهة بل تزيد
في توجيهها ووزن يفها بدون منفعة وانما يكفى الذهاب للقوهة بالاصبع زمانا فمننا
اتبقى منفحة نصف اقتراح اذا انقطع نزول المواد منها على انه لا يمكن ان يمنع
نزول تلك المواد كلا او بعضا من الجرح

تقطيب الجرح ووضع الجهاز عليه * وبعد تمام العملية ينبغي ان يمنع سيلان
الدم في الطريقة الجائبة ولا سيما طريقة لوفيرغات قد تقطع فروع شريانية
صغيرة قرب كل ما فيها ولا فاولا فاولا في مدة العملية يضع
المساعدون اصابعهم على القوهة الرئيسة الشريانية الرجعية ولم يذكر
المولدون سابقا انها تسد بخيوط وان تجامر بعضهم على ذكر ذلك وانما اوصوا
بكما بقطعة من الزاج او مسبار روح العرقى او يوضع على الجرح كما قال استنبر
باسم كويابو قال المؤلف والاحسن عندي ان يفرض ذلك لانتقباض الرحم
ويحرض هذا الانتقباض اذا تأخر حصوله بان ينبه تجويف الرحم او الجرح
بالاصابع او بالخرق المبته بماه محلل فان بعد بعض دقائق ترجع سعة الشق

الى قيراطين فيمتنع بذلك جميع انواع النزيف * هذا ولا نشغل انفسنا بما اوصى به
ميكلدس من استئصال الرحم ليجتمع حصول تقيح جديد وللحذر من حصول
رد فعل عظيم ولا يما امر به بلونديل لاجل ذلك من قطع بوق فلوبيوس
فان الاشتغال بذلك ضياع وقت بلا فائدة

ثم ان في بلاد الانكليز والنمسا بل وفرنسا يضم جرح البطن غالبا بالخياطة
المتفرقة او اللقمية * قالوا لان ذلك هو الواسطة الوحيدة لحفظ شفتي الجرح
متقاربتين وللحذر من حصول قئق من الاحشاء حتى ان بعضهم اوصى بوضع
غرز الخياطة قبل شق الرحم لاجل ان يضم الجرح باسرع ما يمكن ومنع بعضهم
الخياطة وقال ان العصاب اللزجة تقوم مقامها * قال المؤلف وانا اختار
الخياطة حتى في طريقة لوفيرغات وعلى كل حال ينبغي ان تترك الزاوية السفلى
للجرح سائبة خالصة لتخرج منها المواد وتنفع للتشريط الذي يوضع احد طرفيه
في الرحم وطرفه الاخر يخرج من هذه الزاوية ويبقى في الخارج واظن
ان الخياطة اللقمية اولى من غيرها هنا وغرز الخياطة لا تمنع وضع العصاب
اللزجة فيما بينها ولا تقويتها برباط ضام وبوضع للمريض مناسبا

ثم يغطى الجرح بخزقة مثقبة او بعصابة مدهونة بحرهم ايض ويوضع على كل
جانب رفادة طويلة عريضة ثم وسائد من تفليك دقيق ورفادة اعتيادية ثم رباط
يدن جيد الوضع ثم به الجهاز وقبل ان تترك المرأة يبعد عنها الخرق التي التفتت
في وقت العملية ويوضع على سريها باخف ما يكون من الحركات وبحيث
تكون عضلاتها مسترخية ويؤمر لها ببعض جرعة مضادة للتشنج موفونة قليلا
لتسكين الانزعاجات العصبية مع الاحتراز على ان يسيل دم النفاس من
المهبل لان ينصب في البطن ويؤمر لها ايضا بمشروبات محلاة وبالفصد والعلق
عندما يظهر ادى عرض التهابي وتؤمر بالهدوء والسكون التام لجلسهما
ولعلهما فقه هذا ما يلزم الجراح فعله لمن عمل لها العملية حذرا من عروض
الاعطال المهتدة بها

(النوع الثاني)

(في العملية القيصرية المهبلية)

(المطلب الاول)

(في الدلالات لهذه العملية)

هذه الاسباب كثيرة تستدعي عمل العملية القيصرية المهبلية منها انسداد عنق الرحم والتبليس اللينى الغضروفى له كما شوهد ذلك كثيرا بحيث عسر في بعض المشاهدات ادخال مسبار الى تجويف الرحم ومنها التشنجات الشديدة التي توقع المرأتى في الخطر مع كون الفتحة متوترة جدا وقليلة الاتساع بحيث لا تدخل منها اليد ومنها انحراف الفوهة انحرافا زائدا الى الخلف مع كون رأس الجنين جاذبا معه في التغير الى الفرج الجزء المتقدم من الرحم بحيث يوتره ويرققه فاذا لم يعمل هذا الشق تمزق ذلك الجزء وربما لزمت هذه العملية اذا خرجت الرحم من الحوض مدة الحمل ولم يكن رجوعها ولم يتيسر توسيع عنقها بالاصابع مع ان تعويق الولادة حيثئذ خطر وامثلة ذلك كثيرة غير ان لزومها بالاكثر في الاحوال الاسفروسية وعند ما يوجد في الفوهة مقاومة للانقباضات الرحمية التي تتبع المرأة في فعلها بدون منفعة وبدون ان يحصل منها اتساع للفوهة

فيؤخذ من دلالة العوارض التي تستدعي العملية ان هذه العملية القيصرية المهبلية تعمل في حالتين مختلفتين في اولاهما يكون المراد اطلاق العنق الطبيعى الضيق او المريض واما في ثانيهما فيقهر الطبيب على احداث فوهة صناعية لاجل الوصول الى الجنين فلزومها في الحالة الاولى استشعره كثير من الاطباء سابقا حتى قال لوموين اذا كان العنق مندملا واستعصى على المرخيات والافساد فاطلاق قيده اولى من انتظار تزقه وكان عند سمبلي مقصود لهذا الاطلاق واما في الحالة الثانية فقد عملت كثيرا سوءا في الانسداد التام او في مجرد الزوغان وقد يضطر لعلها ايضا كما وقع ذلك لبودان في احوال الجبي بالذراع اذ لم يمكن فيها الذهاب للتفتيش على القدمين ولم يكن

هناك واسطة غيرها لمنع بتر هذه الذراع * ثم ان هذه العملية وان كان خطرها قليلا لانه لا ينبغي فعلها بدون تحقق الاحتياج اليها فيلام على من تجازف عليها بمجرد رؤيته اندماجا في العنق وعدم اتساعه الاتساع المراد له من الابتداء فيجزم على فعلها ولا يصبر قليلا لعل الله يحدث بعد ذلك امرا قال المؤلف وطامة ملت كثيرا في احوال كانت فيها غير لازمة للاستعمال

(المطلب الثاني)

(في طرق العملية)

الطريقة الاولى اطلاق العنق اى فك قيده اذا كانت القوه موجودة لم يكن هناك اسهل من فعل العمارة القيصرية بالمهابة ولا فائدة هنا في وضع الآلة السمكة بالنسبة لظهور الرحمة التي استعملها بعضهم هنا وتوضع المرأة كما توضع الجرس او كما في عملية التحويل فيختار الاحسن والاسهل للطبيب من كلا الوضعين ليسهل عليه عمل الشق ولا منفعة هنا المقارضة بميل ولا لغير ذلك مما ذكره هنا وانما يردى على السبابة مشروط بوزر يحاط كله بشرط من خرقه ما عدا ثمانية خطوط الى اثني عشر من طرفه فبذلك يصل الى العنق بدون تكلف اذا لم يكن بعيدا جدا عن مركز الحوض اما في عكس ذلك فانه يلزم ان يبدل المشروط المستقيم بالمشروط المعوج للحكيم بوث ثم في الحقيقة يمكن الاختصار على شق واحد كما فعل ذلك بعضهم لكن مادام العنق غير متسع يجوز ان لا يقهر بذلك الاجزاء من التعسرات ولما كان من المهم ان لا يكون الشق عميقا جدا لزم ان يختار فعل شقوق كثيرة بينها وبين بعضها مسافات وهذه طريقة امر بها قطولي ولوفيرغات واستعملت بنجاح ولقد حصل من تضاعف شقوق الاطلاق على يد موسكاني نجاح تام لامرأة كان يعسر ان يدخل في عنق زوجها مسبارا وعيدت لها تلك العملية مرة اخرى بنجاح بعد المرة الاولى بخمسة عشر شهرا مع انه اتفق ان امرأة عمل لها العملية الطبيب مسكاني الكبير بشق واحد فانت من تمزق الاعضاء ولقد مدح بعد ذلك هذه الشقوق المتضاعفة كثيرين ونفقت في بيت الولادة بباريس في حالة كان فيها العنق ضيقا والشفة

الخلفية لبوزطنش ياملتصقة من الخلف ونجح ايضا مع الطبيب جريم فعل
ثلاثة شقوق بسبب زوغان قوى مع تضايق وغيره فعل مثل ذلك في تيسر
العنق في حالة لزوم فيها استعمال الجفت ورجعت المرأة لصحتها واتفق لزوم هذه
العملية ايضا في حامل سقط رحمها وهذا ويظهر بيادى الرأى ان الرأس لا يمر
من الفوهة بدون ان يطول هذه الشقوق الى جسم الرحم ويمزق البريتون مع
انه لا يحصل شئ من ذلك بل تبقى تلك الشقوق في العادة مقصورة على سمك
العنق فاذا علمت لاجل تيسر اسقيروسى اولى في كان نهاية ما يسيل من الدم
بعض آفاق وقد علمت هذه العملية المهبلية لبقرة بسبب تيسر في عنق رحمها
فسلمت هي وجنينها ايضا

الثانية شق العنق اذا شق الجدار المقدم للرحم بدون ان يذهب بالشق للفوهة
كما فعل لوفيرغات وغيره اضطر لاستعمال مشرط مستقيم او محذب غير ذى زر
عندما ابتدأ العملية التى هي ارق والطف من الحالة السابقة فلاجل ان لا يخرج
جزء الجنين الذى جاء اولاً ينبغي الاتنباه جيداً في فعل الشق ومع ذلك متى وصل
الجراح الى الرحم فالسبابة التى استخدمها نقطة ارتكاز اسن المشرط تصير
من شدة الكيد ويمكن بالمشرط حينئذ ان يوسع الجرح بقدر ما يلزم بدون خطر
عظيم ولنبه ايضا على ان الاخطار في استطالة الشق الى الخلف اقل منها
في استطالته الى الامام بسبب وجود المثانة مع انه لا منفعة في توسيعه توسيعاً
زائداً لانه من الخلف يمكن ان يقع على الحاجر البريتونى المستقيمى المهبلى
بل والامعاء ايضا وانما الاحسن مضاعفة الشقوق لان يقتصر على شق واحد
فاذا كانت المرأة نائمة يكون الخطر على رأس الجنين من الشق الاول اقل
غير ان المنسوجات تقل سهولة قطعها حينئذ فاذا كانت واقفة انخفضت الرحم
زيادة وبقيت اكثر توترا

ثم بعد الولادة يضيق هذا الشق البسيط او الشقوق بسرعة والغالب انه لا يعضى
نصف النهار الا ويرجع العنق الى وضعه الطبيعى فاذا سال الدم بمقدار غزير سهل
ايقافه بالحقن بالماء المحلل وبالسدادات واما الكى وان سهل فعله الا انه ينذر

الاحتياج له في مثل هذه الحالة واما النفاس فانه يخرج من العنق او من الجرح
والمرأة بالنظر لذلك لاستدعى شيئا سوى ما تستدعيه بعد الولادة الاعتيادية
لكن من الحزم ان يوضع مجس قنوى غليظ من صمغ مرن اذا كانت العملية
لا تسد حقيقي في القوطة واقفه ان يوضع شريط من قماش مفصول الجوانب
اذ يبقى العنق بعد العملية مضمومة نظاما مدة اسابيع في الفتحة الجديدة حتى ان لو يستين
اضطر لان يجذب هذا الجسم الغريب قبل ان يمضي الزمن الذي اراده فرأى
سريعاً انسد الجرح وخروج الحيض بانتظام كعادته

(الفصل الرابع)

(في العمليات التي تعمل على الجنين)

(المبحث الاول)

(في شق الرأس وتقطيع الجنين)

الاتقازيون يفضلون عموماً ثقب الجمجمة او تقطيع الجنين ولو حياً على الشق
القيصري وتسل ذلك ايضا بعض النيساويين وبعضهم لم يختار ذلك واستبين
هو الذي وسع الكلام حسب امكانه على استعمال شق الرأس واوصى به
اذا تعطل المولود من سبب آخر كما في احوال التشوهات الخسائية من ضغط
الرأس على اعصاب الحوض

الاول شق الرأس لا يستعمل في فرانسا الشق الرأسي الا اذا تحقق موت
الجنين واقفه ان يكون قريباً للعقل ولم تنسج الولادة من الطرق الاعتيادية
فاذا كان اتساع الحوض اقل من خمسة عشر خطاً ولم يمكن ادخال اليد كلها
في الرحم فالاحسن فعل العملية القيصرية حتى وان كان الجنين ميتاً قال
المؤلف واقول ان جبراته اعنى الاتقازيين لا يقدمون على الشق الرأسي
الا نادراً ويسهل عندهم قتل الجنين اذا خيف تعرض حياة الام للخطر واما بقية
الافايم فافرطوا في خلاف ذلك ويلام عليهم ايضاً كالذين قبلهم فان الجنين اذا
بقى حافطاً لجميع قوته وشده لم تعرض له بهلكة عكس ما يفعل في بلاد الاتقازيين
وفي بلاد الشمال مع انه يلزم لاستخراجه ان تعرض حياته للخطر بواسطة

العمليات التي هي قبيحة ولا بد لكن ليست دائماً مهلكة للمرأة ولا شك أيضاً على رأيي أنه لا ينبغي اختبار الشق الرأسي إذا لم يكن هناك أدلة قوية على موته أو عدم إمكان معيشته فمكان من الحفا والقساوة أن يوجد بعد العملية القيصرية بمرحلة أو أكثر ضعيف حفيظ يلزم أن يموت بعد بعض دقائق أو بعض ساعات ويحصل عن ذلك تألم أمه المسكينة ثم موتها كذلك يكون من اللغش والخطأ أيضاً الخارج عن العادة تصور أن تقطيع الجنين ليس فيه خطر على الأم مع أن الأمر بالعكس وإن العملية تكون أخوف إذا لم ترجع لشق الجحمة فقط أو علمت في حوض يكون مضيقاً أقل من ثمانية عشر خطاً

وبالاختصار نقول شق الرأس يفعل أولاً إذا كان الجنين ميتاً وكانت الممرات ضيقة جداً لا يمر منها بالحف ولا بعملية التحويل وثانياً إذا غلب على الظن أن الجنين انقطع حياته أو قارب الموت وأنه يلزم لاخرجه بجملة أن يعمل الشق الرأسي وثالثاً إذا بقي الرأس وحده في الحوض ولم يكف لاخرجه اليد أو بالحف والكلايب فن غير النافع بل الخطر المتروكة بالكليّة إذا كان الجنين ميتاً أن يشترط كون أصغر قطر للحوض أقل من ثمانية عشر خطاً وعشرين الثاني في تقطيع الجنين هذه العملية تقوم من ادخال آلة قاطعة في الرحم يقطع بها الجنين قطعاً ليقل حجمه ويخرج جزءاً وهذه العملية استعمالها المتداولون كثيراً بحيث لم يكن لهم واسطة غيرها ولم يكن لهم فوق بوسائط البنية وأما الآن فننقذ الحف والراحة والتحويل والشق العالي والعملية القيصرية واضحة جلية بحيث صيرت هذا التقطيع غير نافع بالكليّة ولا تعمل في زمننا هذا إلا من جهلة الأطباء أرياف أوروبا الذين لاحظ لهم في معارف علم الولادة

وشق الجحمة نفسه لا يضطره إلا نادراً بحيث لم يخرج إليه إلا في مرة من عشرين ألف ولادة أو أكثر كما يؤخذ من لتبيل ومنهم من عفر عليه مرة من تسعماية في حارستان استبرغ والحكيم ريبك ذكر منه أربعة وعشرين مرة في مائتين وعشرين ألف ولادة وميرمان ذكر ثلاث عشرة مرة في ثمانية عشر ألف ولادة

وممن من ذكر ثلاث مرات في الفين وخمسمائة ولادة والجفت الهامرس للرأس
الذي اخترعه بودلوك الصغير وجعله بدلا عن الالة الناشرة وستكلم عليه
قريبا صير هذه العملية فادرة الاستعمال

كيفية العملية ولاجل شق الرأس استعمل ابن سينا ومورسوس جواذب
للرأس فاطعة على شكل صنابير وكلايات وبعضهم ومنهم لوفريت استعمل
نواقب ذوات غمد وتسمون اخترع حلقة مشرطية ومنهم من اوصى بشاقب
جهممة ذي سن ونوعه واذلك تنوعا كثيرا واخترعوا نواقب كثيرة وكلايات
مزودة ومقاريض متنوعة لا حاجة لطالة الكلام في شرحها واما الآن
فأمكنني بمجرد مشرط او مقراض اذ ائزم ان يتقذه نفوذا غائرا واحتج
لاستعمال قوة شديدة

وينبغي ان توضع المرأة كافي ادخال الحقت ثم يؤخذ المشرط ويلف بخرقة الى
قرب منه ببعض خطوط ثم يمسك يده على الوجه الراحي لاصبع او اصبعين من
اصابع احدى يديه بهما ان يكون ادخل ذلك الاصبع من قبل حتى تصل الى
جزء الرأس الذي يراد تقبه ويختار يا فوخ او اقله درز ليفقد المشرط فيه بسهولة
واختار قطولي اذا كان الآتي هو القمة ان توضع الالة على مركز قسم الجمجمة
الذي نزل فان وضعه على جزء علب اولى من وضعه على اليوافخ ولكن هذه
طريقة قبيحة مخالفة لما هو معتاد عموما فاذا كان الجزء خرج الى الخارج
جاز ان يمسك الطبيب على النفوذ من العظام ثم يرفع بالالة في هذه الحالة
على الجهة اوعلى قاعدة القعدة فاذا كان العايق استسما مخيا جاز ان يبيع
ما اوصى به بعضهم من فتح السلسلة من الخلف في القسم القوي ويتخذ
في الجمجمة بساق معدني او غيره من القناة القوية ويقال انه نجح جيدا في هذه
الحالة سبارا امرأة فاذا كان الرأس وحده في الحوض ينبغي ان يفتش على
خلو من اخليته الغشائية لكن ليس المنور على ذلك دائما بل لا وانما يختار المولد
حينئذ العظم الذي يكون اقل مقاومة ويمكن ان تلامسه اصبعه وفي مدة هذه
العملية ينبغي لاجل ان يبقى الرأس منفركا ان يمسك مساعدا الرحم بيده

ويدفعها نحو المضيق ليعطى للاجزاء التي يراد قطعها التثبيت اللازم ومن
جهة اخرى ينبغي ان لا يحرل سن الآلة في باطن المرأة بدون ان يحفظ ويفطن
يطن اصبع من اصابع الجراح فاذا وصل الى الجمجمة يطول الشق حسبما يمكن
اقله قيراط والغالب ان لا يكتفى بشق بسيط وانما ينبغي فعل شق صليبي يمكن
دخول الاصبع فيه كما وصي بذلك لوفيرغات ويقت بها الجوهر الخفي الذي
يصح ايضا ان يترك بالآلة الشاقفة للرأس تقسمها اوبالقناطير واما الملعقة التي
كانوا سابقا يفرغون بها المخ من الجمجمة فقير نافعة كما يعلم مما سبق

فاذا اختير ثاقب الجمجمة السجدي ادخل مطبوقا مراعى فيه الاحتراسات
اللازمة للمضطر وفي هذه الحالة يكون كالشاقفة الاعتيادية للرأس غير ان
فرعيه المركب منهما من حيث انهما فاطعان بمحافتها الخارجية يعظمان
الشق الذي فعلاه اولا على حسب درجة قسختها اذا بعدنا عن بعضها
ثم يطبقان ثم يقسمان من جديد في اتجاه آخر وبعد ذلك يمكن ان تستعمل هذه
الآلة لتصوير المخ ليناسا ثاقبا فاذا كان عدم التناسب بين الرأس والحوض
غير زائد ولم تزل الرحم حافظة لقوتها ترك الباقي من عمل الولادة لاعمال المرأة فيتم
بسرعة عظيمة اما في عكس ذلك فيضطر لاستعمال جفت الولادة او الكلابات
اي الصنانير فالجفت يختار دائما اذا امكن وضعه وكان في الرأس ايضا صلابه
ولم يكن قابلا للانزلاق ولا للتراخي واخذ عندما اضطر لاستعمال قوة
مدة الجذبات ولذلك اخترع هجتون جفتا له اسنان من الباطن وهو شبه
هارة الرأس

(المبحث الثاني)

(في الكلابات اي الصنانير واستعمالها)

كانت الكلابات اي الصنانير مستعملة في معظم الاحوال التي تنتهي الآن
انتها مجيد ابواسطة الجفت وفي كثير من الاحوال التي يكفي لانعامها جيدا
عملية التحويل او فعل اليد وذلك لا يزال استعمالها آخذا في التدرج شيئا فشيئا
كما انشرت معارف علم الولادة ومنه في ذلك بقية الآلات المهلكة التي

كانت تستعملها القدماء وذلك ذكره ويس انه في ثلاثة آلاف ولادة لم يضطر
لاستعمال الكلابات ولا في مرة واحدة

اشكالها الكلابات نوعان احدهما ينتهي بطرف اى رأس مخوف مستدير
بعضاوى وينفتح كثيرا او قليلا فيقوم مقام الاصابع او العرى وهذا النوع
لا يكسر ويوضع مدة الحياة كبعد الموت على اجزاء مختلفة من الجنين واشكاله
كثيرة وقد اوصوا بابدائها كلها بالكلاب الذى ينتهى به يد جث الولادة الجديد
لكن احسنها ما كان ذاساق طويل من فولاذ يد من خشب ومخن على هيئة
قوس دائرة وجيب ذلك القوس منفتح كضامة ليسهل معاقته للاربية او الابط
او المبيض فاذا كان تقوسه على زاوية قائمة كما وصفت بذلك القابلة لسيل انزلق
بسهولة عظيمة فان كان تقوسه على شكل السين الافرنجية اى مقريبا من المياه
المرية وعلى زاوية حادة جدا عسر مطابقته لشكل الاجزاء التى يلزم ان يوضع
عليها ووطن اغلب المولدين الا ان انه يمكن ان يضم الكلابان المحفوظان للبفت
ليكون منهما مطلقا منحنى الطرف يمكنه ان يعانق الاربيتين في آن واحد لكن
الظاهر انه لا يحتاج اصل لهذا التنوع اذ يكفي ساق واحد غالبا بل في معظم
الاحوال تكفى الاصابع وتقوم مقام ذلك بل وانفع ومع ذلك منفعة الكلاب
المخوف غير منازعة فاما اذا انفصل الرأس من الجذع بل بسبب كان ولم يمكن
جذب الجنين الا بايقاع التأثير على الاطبن والقاعدة الرئيسة التى يلزم اتباعها
في اوضاع المعدة والر كبتين هي ان يجتهد دائما في وجدان قبة اليد او الرجل
الملتقنة الى الخلف وانه ينبغي ان يراعى في جذب الجنين محاور الحوض

ورأس الكلابات الحادة تارة يكون مستديرا كالتى تحضها زيتونة الجفت
وتارة يكون مسطحا مثلثا ككلابات مرسومين واغلب القدماء بحيث تكون
جثة الالة كساقه الرأس ذى الصفحة المقوسة وهذا السن الذى هو بسيط
في بعضها ومزدوج في البعض الآخر قد يتصل بساق مستقيم او مغنوج
او يكون كخطاف سلسلة تختلف في الطول وهو مع كونه مثبتا في الساق الذى
ينتهى به في جميع الانواع يمكن ان ينثنى وينفتح في بعض الكلابات ولهم ايضا

جفوت ذوات كلابات حادة واخترعوا كلابات جفنية هي في الحقيقة الجف
 للصغير ليمسلي الذي ملعقناه مصعتان ومنهيتان باطراف مثلثة قاطعة
 مقوسة ومن الكلابات الحادة جفت ابن سينا المسنق باصنان الدب والكلابات
 المستننة لرثيف

كيفية العملية * ذكر بعضهم انه ينبغي بعد شق الجمجمة اذا كان فعل الطبيعة
 ضعيفا وقبل ان يستعمل جفت لوفريت ذوالقروع الثلاثة ان تترك المرأة
 وطبيبها لمدة اقلها اربع وعشرون ساعة وعلى ذلك الطبيب بورن بان الجنين
 لذاته في سرعة فانه يلين وكلما طال الانتظار سهل استخراجها اذ لم يتدفع
 بنفسه * قال المؤلف وانا لا اقول بذلك وفاقا لدوجيس اذ لا وجه لتطويل
 الطلق الشاق على امرأة مدة اربع وعشرين ساعة او اكثر زيادة عن زمن الطلق
 السابق مع كون الحوض ضيقا جدا ولا لزوم بتجديده هذا الجهاز المفزع
 وانما اللازم ازالة ذلك عنها

والكلاب الحاد يوضع على جزءه صلب من اجزاء الجمجمة كالقصدوة او التتو
 الحلي اذا نزل الرأس والا وكالفك السفلي او الحجاج او الجبهة اذا نزل بعد الجذع
 بحيث يجتهد حسب الامكان في ان قطره القصدوى الذقني لا يفارق محاور
 الحوض وانه يمسك على حالة اثنتائه الطبيعي * ويصح ايضا وضع الكلاب
 في باطن الجمجمة بان يثبت على حفرة العظم الصدغي او على التتو القاعدى لكن
 من اللازم حينئذ ان لا يترلق ولا يكون محل تأثيره عظام قبوة الجمجمة
 لانه قد يفسد منها ويتعب اعضاء الام * والكلاب الحاد مثل ثاقب الجمجمة
 لا ينبغي غوره في اجزاء الجنين بدون ان يكون مهديا ومحفوظا بل ومغطى
 باصبع الجراح * فاذا ثبتت الكلاب سواء من الظاهر او الباطن يستند ساقه
 بالاجسام وتوضع بقية الاصابع على الحمال المقابلة لذلك من الرأس مدة كون
 اليد الاخرى تجذبه من يده جذبا مناسبا فتلك الكيفية متى ترزح عن محل
 مسكه يدرك ذلك حالا ويمكن موازنة اليدين لبعضهما في التأثير موافقة تامة
 ولا تكون العملية خطيرة ولا يخشى من الاثلاث المجهول الذي يحصل من يد

متعسف متعجم عند جذبه بهذه الآلة جذبا غير مناسب
 فاذا انكسر عظم من تلك العظام المسوكة بالآلة تنقل الكلاب لعظم اصلب منه
 وقد اوصى بعضهم بوضع سن الآلة من امام جانب الحجاج وآخرون من الخلف
 ليسهل جذب الرأس ونفوذها من المضيق العلوى لكن يصير ان يوضع ضابط
 عام لذلك وانما يفعل هذا تارة وذلك اخرى على حسب الاحوال المقتضية له
 فاذا ارتفع الرأس الى الاعلى بقوة عندما ينقطع جذبه بـ كلاب مثبت من الخلف
~~كان~~ لا بأس باتباع رأى الطبيب دوجيس في وضع كلاب ثان من الامام
 مع استدامة حفظه منخفضا بالكلاب الاول ورفع هذا الكلاب الى الاعلى
 ويوضع كلاب ثالث مدة كون الاسر حافظا الرأس منخفضا ينزله الى الاسفل
 حسبما يمكنه

وفى قهر قاعدة الجمجمة على النفوذ من المضيق العلوى يوجد بعض عوايق
 يعسر قهرها لان العظام المكونة لتلك القاعدة لا تثقى ~~ك~~ عظام القبة
 والكلاب لا تنقص ابعاد الرأس اى اقطارها الا يسيرا عكس جفت الولادة
 ولا تنصل في القالب بل جذبه الا اذا الزمت باتجاه منحرف ولم يكن القطر المقدم
 الخلقى الاقيراطين او قيراطين وربعا وربعا وقعت في هذه الاحوال الآلة الشاقبة
 الجمجمة للطبيب دوجيس وهى تشبه ما يسمى بالجاذبية من العمق اى التى
 يجذب بها القطعة المنسورة من الجمجمة بالشقب الاعتيادى وهذه الآلة قادرة
 على ثقب العظام والغضاريف وكسر قاعدة الجمجمة لتصبح قابلة للانثناء
 وتقوم هذه الآلة مقام معظم الآلات الشاقبة للرأس

فاذا خرج الرأس من المضيق العلوى باى وجه كان اعنى اذا وصلت قاعدة
 الجمجمة للتعبير بمسك الرأس باليدين وتصبح الكلابات غير نافعة ما لم يرد
 وضعه على الجذع وفرض عدم كفاية وضع الكلابات المحفوفة على الابطين
 ففى هذه الحالة كالأحوال التى انفصل فيها الرأس بالكلية عن الجذع ليس
 هنالك الا ثلاث محال فى الجذع ~~يمكن~~ توجيه فعل الكلاب لتعاد عليها وهى
 السلسلة والقص والاضلاع مع ان الاخير اعنى الاضلاع غير اكيد فانه كثيرا

ما يشاهد ككسر جميع الاقواس العظمية من جانب الصدر من الخاصرة
الى الترقوة عندما يضطر لفعل قوة في الجذب فاذا كان يكون الجزء الذي يلزم
ان ينبت عليه رأس الكلاب هو العمود الفقري خصوصا و يتم العمل كما يفعل
اذا اوضع على الرأس

وهناك حالة واحدة تستدعي على رأى المواقف وضع الكلاب الحاد على الجذع
اذا جاء الحوض اولاهى ما اذا انفصلت الرجلان عن الجذع او فقدتا بسبب
تشو في الخلقة ولم يكن فيهما لليد جزء صلب يمكن منه حتى يمكن بالتأثير
عليهما جذب الباقي من الجسم فالكلاب في تلك الاجوال ينبغي وضعه على
العانة او العرف الحرقفي او العجز وهو الاحسن

ثم ان هذه الآلة صككاوا يستعملونهم في العصر السالفة بطريقة مهالكة
للاجنة كما يعلم ذلك من الاطلاع على مشاهداتهم فان منهم من انتزع بها جزءا
من المخ فخرج الطفل وصاح ثم فضلها اناس بعدهم ولاء على بعض ما عداها
بجاذبة الرأس مثلا واستخرجوا بها الاجنة الاحياء حتى اشاع بعض المعاصرين
ان الكلاب اذا استعملت بكيفية المناسبة كان واسطة جيدة حتى للاجنة
الاحياء وبالجملة فقد علم من المشاهدات انه اذا اوضع جيدا على الرأس لا يكون
مهالكا خلافا لما يظن عموما بل كان واسطة جيدة قبل استكشاف الحقت
واما الاخطاء التي كنت تحصل منه فانما كانت بسبب عدم اتقان وضعه

(المبحث الثالث)

(في الهارسة للرأس)

صنع بولدوك الصغير جفتا غايته فهر جميع التعسرات التي تحصل من عظم حجم
الرأس وان لا يحتاج الى ثواب الجمجمة ولا لاغاب الكلابات الحادة ولمعقنا
هذا الحقت ليستا منقوبين وتقوس ما قليل فاذا قربا لبعضهما جزان ينقذا
من مضيق اقصر اقطاره لم يزد عن خمسة عشر خطا وينقذ من يدي هذه الآلة
برمة تقرمها البعض بقوة بحيث يسهل ارجاع حجم رأس الجنين الى المقدار
المراد بدون حصول خطر للمرأة وهذه الآلة البديعة وان اشتهر الا ان نسبتها

ليولدوا الصغیر لان من المؤلفين من لمح لها كدلبسش واساليني واويزندي
وغیرهم غیر انها ثقيلة الوزن بحيث تبلغ ثمانية ارطال ولها طول منفر ولذلک
قصر الحکیم جور دون احد فرعها وحی برمتها الشفاء بلعافصیرتها ستة
ارطال ونرجو ان توجد واسطة لنقص وزنها ايضا عن ذلک بحيث یصیر
استعمالها سهلا ومختصرها استعمالها کثیرا بدون ان یعرض لحياة المرأة خطر
وکنذا غیره ايضا یقی علینا شیء یلزم ان ننبه علیه وهو هل امکن فی شیء من
المشاهدات السابقة استخراج الجنین بهذه الالة بدون کسر رأسه وهل یحقق
فی جمیع النساء اللاتی عملت لهن العملية تلك الالة ان الجنین کان مینا
* وبالجمله فهذه الالة تستصیر واسطة ثمينة فی علم الولادة بشرط ان لا یوضع
الابعد تأکید ان الجنین میت ثم انما وان كانت معدة لكسر الرأس الا انه یصح
وضعها علی حوض الجنین ايضا بقصد ذلک وينبغی ان تکنی ايضا فی جمیع
الاحوال الی یستعمل فیها القطع العلوی والی یطلب فیها الولادة المجحلة وتقوم
ايضا مقام العملية القيصرية مادامت الاقطار القصيرة للحوض اقل من
قیراطین اما فیما هو ادنی من ذلک فیشل فی نفعها وی کون استعمالها اقل
خطرا من للعملیة البطنیة المرجیة او عملیة التقطیع الحقیقی * وينبغی
ان یعترف بان المقاریض القویة اقوی استئسا کل عظام الجمجمة من الجفوت
المختصرة الی وقتنا هذا اذا كانت الجمجمة مفتوحة والطیب میجس نفع معه
فی امرأة کان مضيقها العلوی قیراطین ثقب الجمجمة ثم استعمال مقراض
مخن من مقاریض الاستخراج

(المبحث الرابع)

(فیما اذا وقف الرأس وحده فی الطرق التناسلیة)

قد یقف الرأس وحده فی الحوض وسبب ذلک فی الغالب کون مجاورته للمضیق
العلوی رديئة وان الطیب المولد لعدم مهارته لم یعرف ان یطلقه حیث ذنبقی
احيانا وحده فی الحوض فی هذه الحالة لا یحسن فصله من الجنع لانه
کالسائب الخالص فی الرحم الی قد توصله بسرعة لا یحسن وضع ممکن فیکنی

بعد ذلك بعض اتقباضات لاندقاعه واما اسعافات الصناعة فهى فى الغالب غير نافعة وقد يعرض انفصال الجذع من الرأس لكون الجنين مات قبل ذلك بزمن ما وقرب لان يتعفن فاذا حصل حينئذ ادنى انتظار انخسف المخ وهبط وصارت عظام الجمجمة قابلة للحركة جدا ويمكن ان تنراكب على بعضهم او ينهى حال الرأس بان يخرج بنفسه وان كان الحوض ضيقا جدا فى الابتداء وعلى هذه النتائج والاحوال الرديئة التى حصلت كثيرا من الحركات القبيحة الانجباء التى كانت غاية استعمالها من المولدين تعجيل تخليص المرأة من الحمل اسس الجراحون من الانقليزيين وصيتهم بترك مثل هذه العملية للبنية الطبيعية لكن من حيث ان الطلق استدام مدة طويلة قبل ذلك وانه ربما لزم فى بعض الاحوال انتظار جملة ايام وان التهج الزائد فى الرحم ربما خيف منه حصول الالتهاب وان المرأة يمكن ان تموت من التعب قبل ان تتم اعمالها يكون من الحزم والعقل استعمال وسائل الصناعة والمبادرة بفعلها كما قال ديونس ومع ذلك هناك احوال ينبغي التمهل فيها فقد تحتاج قوى المرأة لان تقوى ببعض اغذية او قليل من المشروبات المقوية او نحو ذلك ويمكن باستعمال الاستحمامات ومضادات الالتهاب ان يسكن التهاب مبدأ معها فى الرحم او البريتون ومع ذلك اذا لم يكن المضيقان زائدين فى الضيق جازان الرحم تتم العملية وحدها كما شوهد ذلك مرات لكن لا ينبغي الاعتماد على ذلك بل المبادرة بالعمل اولى

فاذا كفت اليد لذلك بان كان الرأس صغيرا الحجم اولى بحجج الالوضعه وضعا جيدا حتى ينزل فلم يسكن من القلق السفلى وبعد ان يوصل القطر القمعدوى الدقيق فى اتجاه الحواير الحوضية بفعل الجراح فى ذلك الرأس جذبات متواقة حسب الامكان مع حركات الرحم والمرأة فاذا بنى الرأس وحده فى الرحم قال سلسوس فليدفعه رجل قوى نحو القوه واضعا يديه على الخثرة والجراح حينئذ يجذبه بالسكلاب ثم بعد اليد يكون الاحسن والالطف فى مثل هذه الحالة هو جفت الولادة غير انه قد لا يمكن وضعه اذا كان الرأس فى المضيق العلوى واحبا ما لا ينفع

استعماله من الاضطراب لعملية كسر الجمجمة بل وللكلابات الحادة
وقد اعرضوا هنا حذرا من الاضطراب لتلك الاشياء استعمال جاذبات الرأس
من انواع مختلفة مع انه لا شئ منها يقوم مقام ذلك واخترعوا آلات كثيرة
يطول شرحها مع انها غير كافية ايضا وانما نقول بالاختصار كما قلنا فهو ذلك
في مبحث الجفت ينبغي قبل العمل ان ينظر هل الرأس مسموك بالرحم
او بالحوض فاذا كان الماتع من خروجه كون الرحم في حالة جهود كفي لذلك
ادخال اليد فاذا كان وقوف الرأس من انقباضات تشنجية في الرحم
ومن تضايق شديدة في العنق فالمناسب الانتظار اذالم يعرض علرض
واسة عمال المرخيات والمستحضرات الاقيونية قبل ان تستعمل الوسائط
المخففة واما اذا كان هناك ضيق في الحوض فالجفوت والكلابات
هي التي تستعمل

(الباب الرابع)

(في المظاهر الطبيعية التي تحصل عقب خروج الجنين)

(القسم الاول)

(في تخليص المشيمة) (الزمن الرابع من الطلق)

المشيمة والاعشمية التي تبقى بعد الولادة تسمى بالخلاص بل وبالمشيمة ايضا
واندفاعها اى خروجها واستخراجها يسمى بالتخليص وهذا التخليص
كالولادة وطيفة طبيعية يمكن مثلها ان تكون بسيطة او مضاعفة او يقال
اما طبيعية او مخالفة للطبيعة او يقال اما اختيارية اى تحصل من ذاتها
او صناعية

(الفصل الاول)

(في التخليص الطبيعي)

جميع مظاهر التخليص البسيط تنسب اولا لاتصال المشيمة وثانيا
لاندفاعها الى خارج اعضاء التناسل

(المبحث الاول)

(فى كيفية حصول التخليص)

الزمن الاول * البذرة انما تفصل فى سير الطلق وخصوصا فى آخره اذا سالت المياه ولما كان الخلاص بحكم عديم الحركة من نفسه لزم ان يزول التصاقه بالرحم مدة الحركات المتعاقبة من انقباض الرحم وانبساطه اذ الم تكن الولادة سرية بحيث لم تستدع حركات عنيفة من جانب البنية ولم يكن هنالك التصاق مخالف للطبيعة

فسبب هذا الانفصال هو انقباضات الرحم كلها لا عضلاتها الخلفية فقط التى ظن رويش انه كشفها فتارة يحصل بحيث يجيى الوجه الجنينى من البذرة اولا للفرج ويتراكم الدم سا تلاتا او تحته ا خلف الوجه الاسفنجى للمشيبة فاذا حصل هذا الانفصال تدريجيا من المركز الى الدائرة وابتداء يجز من دائرة المشيبة وحصلت من غلافاتها زيادة مقاومة صار سطحها الاملس اى الباطن ظاهرا اى وحشيا ولا يخرج الدم الذى صار كانه محبوس فى الخارج عن توابعها الا بعد خروج الخلاص الذى قد يزيد حجمه به احيانا زيادة غريبة * وتارة اذا انفصلت المشيبة التفت على شكل اسطوانة وحينئذ فتأتى بوجهها الرحمى او خافها للممرات المختلفة ويسيل الدم لكونه خالصا الى الخارج كما انصب فى تجويف الرحم ويتقطع غالباً بعد خروج الخلاص

الزمن الثانى * متى انفصلت المشيبة نقلت على العنق فتدخل فى القوهة فتنبها والرحم التى تعطلت حركاتها بوجودها فيها تضيق شيئا فشيئا وتقبض وتظهرها على النزول فى المهبل وحينئذ لم يلبث الحال قليلا حتى يتولد حس تعب وتعنى وزحير يحرض ايضا انقباضات الرحم وينبه فعل العضلات فالجباب الحاسر وعضلات البطن تؤثر على الاحشاء البطنية كما تؤثر فى دفع الجنين فتمر المشيبة من المضيق السفلى * وبهض المؤلفين ومنهم ديرزموس قسم دورا الاندفاع المذكور الى زمنين ونقول نعم قد يحتاج الخلاص الى اتساع العنق اتساعا عظيما بحيث يتكون من ذلك زمن مخصوص وبعد ذلك يمكن

ان يبقى الخلاص زمنا طويلا في المهبل بحيث يتكون ايضا من خروجه الحقيقي
دورا آخر متميز عن الاول ~~لكن~~ لما لم يحصل دائما تباعد بين هذين الزمنين
عن بعضهم ما يكون الاولى عدما زمتا واحدا بدون خطر في ذلك
فاذا دام الطلق زمنا طويلا وكنت المرأة قوية واستعملت وسائط الصداعة
لاجل اخراج الجنين وكنت الرحم فيها شدة عظيمة سقطت المشيمة في المهبل
وجاءت للفرج بعد الولادة حالا ما في ~~عكس~~ ذلك فقد ينتظر التخليص
بعد الولادة نصف ساعة او جملة ساعات بل بعض ايام ويسهل توضيح هذا
الاختلاف وذلك لان البذرة في الحالة الاولى انفصلت من زمن طويل ووزرات
كلها مع الجنين وكلما حصل في الرحم خلور رجعت على نفسها بقوة فتخلص
في آن واحد من الجنين والخلاص واما في الحالة الثانية فان سرعة الولادة
ينتج منها ان الرحم لم يكن عندها زمن لازالة التصاق البذرة اولان تضييق
تضايقا كافيا فاذا صغر تجويفها بحيث صار الخلاص مائلا لها بالكلية
جازان تمسكها الاغشية اعلى عن القهوه فاذا نفذ الجنين من العنق وانفصلت
المشيمة واندفعت بالرحم لم يكن هناك ما يمنع النزول اما اذا انسدت القهوه
قبل ان يرجع جسم الرحم للقدر المناسب بقي الخلاص ~~مكثانه~~ محبوس
في تجويف الرحم ويمكن ان لا يخرج الا بعد زمن طويل مع ان جميع التصاقاته
زالت من اول الامر

(المبحث الثاني)

(في الاحتراسات التي يستدعيها التخليص البسيط)

العادة ان البنية تكفي لدفع الاغشية اذا نزلت في التقعر الا ان هناك احوالا
يشاهد فيها بقاء تلك الاغشية زمنا ما اذا لم يستعن على خروجها بالصناعة
ولا جل هذا البطي واختصار تعب المرأة وقلقها قال بعضهم لا يترك التخليص
الطبيعي اى البسيط كله لعمال البنية بل يعالج اخراج الخلاص بعد الولادة
حالا لانه اذا لم يفعل ذلك ضاق العنق فيبقى الخلاص محبوسا ويحصل من ذلك
عوارض ثقيلة وقال آخرون ينبغي الانتظار حتى ادعى رويش ان له في الممارسة

خمسين سنة ولم يتفق له مرة انه ادخل يده في الرحم لتخليص المشيمة وذكرهم اتون
ان التخليص باليد غير نافع وانه خطر جدا ولا يستعمل الا لضرورة لازمة
وبالجملة فهذهان الرأيان موجودان في كل زمن ولكل منهما من يقويه ومن
يعارضه وبقراط وسلسوس على الاول حتى قال بوربون ان هذا العمل كما يقع
لاخراج المشيمة ينفع ايضا لتسكين الآلام وبه تخرج قطع الدم من الجيوب
الرحمية ومنهم من قال يجذب الحبل لاجراج المشيمة وقال دانتان لا بد من مضى
ساعة قبل الجذب ومنهم من منع جذبه واستحسن ادخال اليد واما لوفريت
وسميلي وبودولك فاوصوا بان لا يعمل شيء حتى يتصل الخلاص بنفسه ويجيء
للقوة الرحمية وزعم كوستنير ومورسوس انه يلزم خروج المشيمة قبل ان يقطع
الحبل وانه تنبع هذا العمل في ١٨٠٠ مرة بدون حصول عوارض
واما الطريقة المخالفة لذلك فتقد فيها تسع وستون امرأة من اربعماية وتسع
وعشرين

قال المؤلف ونحن نقول ان كلام الرايين لا ينبغي ان يؤخذ على إطلاقه
فان رأى القدماء بما كان في بعض الاحيان خطرا ولا بد لكن اظن ان في زمننا
هذا خالقوا ذلك بالكيفية مع انهم باجتهادهم في القرب للعقيقة بعد وامن النهاية
التي يلزم الطبيب مراعاتها على انه اذا جازت الاستعانة باليد بعد فصل المشيمة
فلأى شيء خالفوا ذلك في التخليص في اكثر الاحوال مع ان الانفصال يحصل
في معظم الاحوال قبل خروج الجنين ولا ادري كيف ترجع الرحم الى الربع
او الخمس من حجمها بدون ان تزول الخيوط الدقيقة التي تضمها بالبذرة
واما معظم المشاهدات التي تدل على بقاء التصاق المشيمة بعد الولادة فليست
واضحة الاستنتاج بل الظاهر لي انها غير صحيحة التوضيح نعم نعرف انه شوهد
اقلاب الرحم بسبب جذبات في الحبل فعلت قبل او انها غير ان هذا العارض
اولا نادرا وثانيا انه لا يدل على قوة الانضمام فاذا فعلت هذه الجذبات عند
ما تكون الرحم مسترخية لا منقبضة سواء كانت ملتصقة او غير ملتصقة
بالخلاص كانت حامله للمرأة على ان يحصل منها دفع فيكون الاقلاب الرحمي

ظاهرة طبيعية لذلك نعم كثيرا ما جذب الحبيب حتى قارب انقطع وحصل
 للمرأة من ذلك اوجاع وانجذابات مؤلمة بدون ان تنزل المشيمة لكن نحن بدون
 ان نوافقهم على ما زعموه سابقا وله جوابه من وجود اعراف رحمة نقول
 هل الرحم لا تضيق وتتقبض على الخلاص الا بكيفية منتظمة بحيث تطابق
 التذبذبات التي توجد فيه فتصير الجذب عسرا ولا تكون كذلك فلا يصير الجذب
 عسرا وكثير من اطباء فرنسا اختار الثاني اى وجود الانقباضات الغير
 المستوية التي جقق المؤلف مشاهدتها مرات كثيرة على انه يقال هل يتحقق
 ان الجذبات التي فعلت حينئذ كانت حسب الامكان في احسن اتجاه
 وفي درجة مناسبة اليس غلط المولدين في الغالب منسوب الى التصاق المشيمة
 بالرحم * قال المؤلف وكثيرا ما ترك التلامذة عندي جذب الحبيب لما تحقق
 في ذهنهم ان المشيمة لم تزل ملتصقة بالرحم فسكت الحبيب وجذبته جذبات
 قليلة بانتظام احسن من جذباتهم فخرجت المشيمة بذلك حالا وافق في امرأة
 اخرى بما رست ان المدرسة انه انقطع حبلها من شدة الجذبات فذهبت بيدي
 للرحم فرأيت ان لا التصاق هناك اصلا وفي امرأة اخرى عمل طيبيها غاية
 اجتهاده ووسائله في تخليص المشيمة مدة ست ساعات فلم يفده ذلك شيئا
 فتداني جازما بان الامر محتاج لتوجيه اليد للرحم لاجل ازالة الالتصاق
 واعاد اعماله ووسائله تجاه عيني فلم ييسر له التخليص فادركت ان تلك
 الاعمال غير نافعة ومسكت الحبيب فانجذبت المشيمة معي بدون احتياج
 لاعمال شاقة وعندئذ من تلك الاحوال التي يظن فيها الالتصاق امثال كثيرة
 ذهبت بيدي فيها الى الرحم فلم اجده التصاقا وبالجملة فالالتصاق يعسر ان يقبله
 العقل بل يشك في وجوده ولو على سبيل التدرج جدا وكيف يدرك بعد ذلك
 انقياد هذا الالتصاق للانقباضات الضعيفة التي تظهر بعد خروج الولد مع
 مقاومة للحركات العنيفة التي حدثت في نهاية الطلق فاطن انه اذا لم يكن
 من الحزم تخليص المشيمة عقب الولادة حالا وقبل ان يتقطع الحبل كما امر بذلك
 بعضهم وقال يذهب باليد ليفصل المشيمة لان يجذب الحبيب يلزم ان يقتض على

سبب التعوق في شيء آخر سوى التصاق المشيمة وان تلك الاقباضات التي تحصل اذ ذلك غايتها وتنتجها دفع هذا الجسم تدريجاً نحو العنق او المهبل لا قطع وسائط التصاقه بالرحم وانه لا حاجة لان يحصل للمرأة مفص او جذب في القطن حتى يخلصها الطبيب من الخلاص وان هناك اخطاراً تحصل من عدم العمل اذا حان وقته

قال المؤلف وبعد ان دخلت هذه القواعد الكلية في ذهني سمعت انه عرض مفص رحى عند ممارسة جذب الحبل فتوقفت عن فعله واتفق اني في مدة ستة اشهر انتظرت مرة عشر ساعات ومرة ثانية اربعاً وعشرين ساعة وثالثة ستاً وثلاثين ورابعة ثمانية واربعين حتى تم التخليص بل لم يتم في المرة الاخيرة الا بعد ان قنشت على الخلاص يدي ثم رجعت عن ذلك ولم انتظر زيادة عن ساعة واكفيت لذلك برجوع الرحم على نفسها وتصلبها وعدم استفسار المرأة بالمال او جذب وصرفت ملازماً ذلك الى الان مع غاية الصبح ويقرب من ذلك ايضا ما تمسك به ويسنبرون حيث قال انه لم يعرض عارض في عاظمة ولادة شاهدها بيت الرحمة بمدينة برلان ولم اساعد خروج المشيمة اصلاً الا في امور الاول اذا انفصلت بالكلية الثاني اذا لم ينفل من الاجرة ولكن كان هناك نزيف كثير الثالث اذا كانت مندغمة على العنق انتهى وهذه الشروط مريعة ايضا بفرانسوا واطاليا مستعملة الى الآن يلاذنا بمصر كما كد في القوابل ذلك

(المبحث الثالث)

(في كيفية عملية التخليص)

بعد مراعاة الاحتراسات الاول اللازمة للطفل بعد ولادته برجع للام فاذا عرف من وضع اليد على البطن ان الرحم لم تزل تقبض مع بعض قوة ينبغي ان يساعد على التخليص فاذا لم تسكون الكرة الرحمة لزم الانتظار وانستعمل الوسائط التي ذكرها الخوذة الرحم واما الاحوال الاخر فتنسب للتخليص المضاعف الذي نفتكم عليه فيمسك الحبل باليد اليمنى بان يلف على اصل الاصبع الوسطى والبصير لجعل بين الابهام والسبابة او يؤخذ باليد كلها

بعد ان يلف بخزقة ويصكون محل المسك قريبا دائما للفرج ما لم يكن ثم يرتقى
اصبعان او ثلاث من اليد اليسرى في المهبل ويمر بهما تحت ارتفاع العانة
الى فتحة الرحم او الى اصل الساق اليسرى ولما لزم ان يتكون من الاصابع ميزاب
او شبه بكرة يستحسن المؤلف استعمال ثلاثة اصابع لا اصبعين ففي الحالة الاولى
من حيث ان الوسطى يتكون منها عمق القناة المتكونة من ذلك فالذي يحصل
هو ان السبابة والبنصر تمنعان انزلاق الحبيبل الى اليمين او اليسار فاذا لم يكن
هناك الا اصبعان فصلهما الحبيبل في الغالب عن بعضهما فاذا ن كان يكون الا تقع
وضعهما بالعرض في اعلى الفرج كما فعل ذلك بعضهم والواسطة لحيازة جميع
منفعة الاصابع هي ان تدخل اطرافها حتى تصل الى الوجه الجنيني للمشيمة
بعد ثوبها من القوة الرجعية فتخدم كرافعة من النوع الاول وتظهرها
تستند على رأس القوس العاني وفي مدة كون اليد الاخرى تجذب في اتجاه
محور المضيق السفلي تستند تلك الاصابع على اصل الحبيبل ثم يفعل في تلك
الاصابع شبه حركة ارجوحية تحدث فيها ارتفاع قبضتها ارتساعا تدريجيا
فبواسطة ذلك تجذب تلك الاصابع المشيمة من اعلى الى اسفل ومن الامام الى
الخلف نحو طرف العجز في اتجاه المحور العلوي

وهذا الزمن من العملية هو الطفها واهمها واعسرهما فعلا واحيانا تكون
الرحم مثنية الى الامام بحيث اذا لم تدفع الاصابع الحبيبل الى الخلف يستقامة
تبقى المشيمة ساكنة واحيانا اخر يلزم توجيه الاصابع قليلا الى اليسار واليمين
لكون العنق زائغا الى الجانب كثيرا او قليلا ومع ذلك قد يوجد في محور الرحم
اختلافات كثيرة يلزم مراعاتها وتعرف من الممارسة وهذا هو السبب
في كون التخليص قد يكون غير ممكن في رأى شخص من المولدين ومن اسهل
ما يكون في رأى شخص آخر وان هذه العملية تكون في الظاهر سهلة وقابلة
الاهتمام مع انها عند الفعل تستحق اعظم اهتمام فاذا لم تكن الاصابع
موضوعة بميزابها وضعا مناسبا او لم تكن جيدة الوضع او لم تفعل فعلها
باتتظار لم تنزل المشيمة بل تبقى واقفة ممسوكة بالحافة العليا للعانة او بالوجه

تكنى لأن نماتي تذهب جميع شدة الفعل لاصل الجبيل فتقطعه والجزء
من القوة الرجعية يتحول حيثنذالى بكمرة ومن فلاتنفت الأبخذابات
والآلام التي يظن معها حصول التصاقات مخالفة للطبيعة واما ما لم يجر به
بعضهم من ان اصابع اليد اذا وضعت بالعرض على الجبيل امام الفرج يكون
حتمها هيئة بكرة كافية لان تحول هذا الساق السرى مجاورا لها ويراحوض
مدة الجذب باليد الاخرى فغلط

وعلى كل حال متى وصلت المشيمة الى المهبل لزم ان تحتفظ اصابع اليد اليسرى
في المهبل الذي كانت شاغلة له اولا وانما ذلك لاجل ان يعان خروج التوابع
التي يمكن انهما لم تخرج من العنق ولاجل ان يتكون منها شبه سطح مائل ينزلق
على وجهه السفلى جميع الخلاص مدة كون اليد اليمنى باقية على جذبها الجبيل
في اتجاه محور المضيق العجاني فبهذه الكيفية يمكن رفع اليد الماسكة للجبيل
رفعا زائدا بدون ان يخاف من تعبه من طرف القوس العجاني وحذر امن
تحويلها بالوجه السفلى للعجان وذلك خطر كثير الوقوع اذا حصل الجذب
في اتجاه المحور الحقيقي للمضيق لافي اتجاه محور الفرج

ومتى وصل الخلاص الى الفرج توضع اليد اليسرى من الاسفل بالعرض
منبطحة لتسندده واما اليد اليمنى الملتفة بانكباب فتمسكه باطراف الاصابع
الخمسة وتلقه اربع مرات او خمس مع جذبها بالطف وبطئ اما بدون هذه
الحركات الاستدارية فان الاغشية يمكن ان تنفصل عن المشيمة وتبقى في اعضاء
المرأة واما اذا قلت هكذا فانها تتجمع وتلتف كجبل يسهل اخراجه وفي مدة
فعل هذه الحركات يزدان لا تقبض الرحم بقوة وكانها بذلك تعين الطبيب
المولود والغالب ان المرأة تضيقها بفعل بعض حركات عنيفة عند ما ينزل الخلاص
في المهبل وهذه الحركات تكن في الحقيقة لانهاء التقليل اذا حصلت لكن
في الواقع ليست ضرورية بل ربما كانت مؤذية واما اعانتها على اندفاع المشيمة
فليس ذلك من قسما ولا قد يصل منه لسقوط الرحم او تلافها ولا ذلك يطلب
من المرأة فليطهها ومن غير النافع بل الخطر ايضا في بعض الاحيان ان يعطى

لهما عطس كما اوصى به بعض العرب وغيرهم وان تؤمر بالنفخ في زياجة
او في يدى بالاجل تهييل التخليص وانما يحصل من هذه الوسائط اهتزازات
للمرأة فتتكلم عليها قريبا

والجذبات اللازمة في هذه العملية لا يحتاج ان يوصل بها الى حد بحيث يخشى
قطع الحبل منها فاذا استعصت المشيمة عليها لزم ان يبحث عن سبب ذلك
في اتجاه القوة اوضيقها فينتظر او يجذب في جهة اخرى وبالجملة فقد تحقق
ان القوة ليست لازمة لتفهر مثل هذا المانع

وقد اوصوا بالبحث في الخلاص اذا خرج ليتأكد انه لم يبق شئ منه
في اعضاء تناسل المرأة وهذه الوصية لا بأس باتباعها اذا حصل في التخليص
بعض تعوق او بعض اشياء خصوصية اما في غير ذلك من الاحوال فهو عبث
بل لو اخير بقاء بعض اجزاء من المشيمة او اهداب من الاغشية لم يؤذن
بالتفتيش باليد الا اذا كان ذلك كتلا وبزوس اوصى اولابان بوجه اليد في الرحم
لا في عائق لتعتاد النساء على التخليص بدون خطر ثم لام على مورسوس
في قوله يلزم التخليص عقب خروج الجنين حالا خوفا من انسداد الرحم
ومثل ذلك قلميوات الان انه ذلك عنده هو اظهار الجنين للعاضرين وان لا تترك
المرأة قبل تخليصها ولذلك قال هذا المؤلف اذا بقي بعض قطع من الخلاص
فانها تخرج بنفسها واذا عرضت عوارض كانت مستوية للالتهاب لا لاجزاء
المشيمة الباقية في الرحم

(الفصل الثاني)

(في التخليص المضاعف)

خود الرحم والتزيف والتشنجات والانغما وتمزق الحبل والاتصافات المخالفة
للمعدة ونكيس المشيمة واقراط حجمها والتضايق الشنيعة للرحم هذه
هي العوارض التي تصاحب التخليص احيانا وتستدعي ان يجهل انتهاءه
او يقرئ وبالاختصار فالنكيس المضاعف ~~هو~~ الولادة العسرة ونسبته
للتخليص البسيط تختلف على حسب رأى المولدين فقبل كنسبة واحدة

لخسین وقال مارمان ~~ك~~ واحد لسبع وسبعین فی ممارسة ولادة التقرآء
وللائمة فی ممارسة الخاصة ای فی الاغنياء

(المبحث الاول)

(فی خود الرحم)

يشاهد خصوصاً خلود الرحم بعد الولادة فی النساء الضعاف او النحاف بسبب
نزيف او تعب طويل من الطلق ويشاهد ايضاً بعد الولادات السريعة
وفي هذه الاحوال يستدعي احتراسات مخصوصة ويعالج تارة باستعمال قليل
من نبيذ او بعض اغذية خفيفة مقوية وتارة بالهدوء والراحة لكن من النافع
دائماً تنبيه الرحم بتريح الخلطة وضغطها باطراف الاصابع وبالكبس
ايضاً ببعض قوة على التعاقب من اعلى الى اسفل ومن جانب الى آخر ومن
الامام الى الخلف لتتأثر الرحم من ذلك وترجع على نفسها واوصى بعضهم
بنغمشة عنقها وآخرون بمجنّب شعر العانة

وجذب الجبيل قبل ذهاب الخلود يعرض لانتقال الرحم بسبب ضغط
الاحشاء البطنية باستقامة على هذا الجيب الرخو الغير المنقبض وهو الرحم
ولعل حصول الانقلاب من ذلك أكثر من حصوله من الالتصاقات المشبهة
بالباقية وما عدا ذلك ربما حصل من انتقال هذه الخلدات الى السطح الباطن
للرحم فواردم في تولد من ذلك نزيف فاذا نبتى تركها مالم يعرض عارض
اثقل يلزم بفعلها بوجه آخر فخمود الرحم يلزم ان يعد من المضاعفات التي تؤخر
تخليص المشيمة واحدة من العلاج الذي يبادر به اذا طال ولو قليلاً وانتهى
على الوسائط التي ذكرناها هو ادخال اليد في الرحم ويكون ~~بال~~ كيفية التي
ذكرناها في فصل النزيف او التصاق المشيمة ولا ينبغي ان يفضل على ذلك الحقن
بالشب او الماء المخلل والشيلم المقرن وان استعمل ذلك بعض المولدين بنجاح

(المبحث الثاني)

(فی زيادة حجم الخلاص)

عظم حجم الخلاص قد يكون في بعض الاحيان هو السبب الذي يؤخر تدفقه

لكن الغالب كون هذه الزيادة ظاهرة لاحتوائية فتدشأ من دم متراكم خلف
 الاغشية وقد شاهد المؤلف من دلائل مثالين ففي احدهما ~~كانت~~ المشيمة
 على هيئة ورم مسند يركبها الحجم في اسفل المهبل بحيث ظنته القابلة اولاً رأس
 جنين ثان وفي ثانيهما كان جزء من ذلك الخلاص معلقاً خارج القرج على شكل
 كتلة كبيرة كالخلة فزع منها الطبيب المولود وظنها انقلاباً بالرحم والظاهر ان هذا
 ليس نادراً للحصول فقد شاهد فهو ذلك ~~كثير~~ من المولدين ولتزد على ذلك
 ان المشيمة قد يكون حجمها خارجاً عن القياس بحيث شاهد المؤلف ما بلغ وزنها
 رطلين وكان يحكمها في جملة محال منها اقربا طين ومنهم من شاهد وزنها رطلين
 ونصف مع ان الطفل كان تام الاثهر وكان وزنه اربعة ارطال الايضاً وذكر
 استين انه وجد مشيمة وزنها ستة ارطال فاذا كانت المشيمة كبيرة الحجم يقينا
 كفي في الغالب لفصلها جذبات لطيفة منتظمة فان لم تكن كذلك لزم الانتظار
 وتنتهي الانتباضات الطبيعية للرحم بان تصير يستفراجه ساهلاً وفي الحالة
 النسائية التي هي الاغلب اذا عجزت انتباضات الرحم والحركات التي تعمل بلطف
 في الساق اليسرى عن اخراجه صريح ان تفرق الاغشية وتنقب المشيمة نفسها
 بالاضابع ليغني طريق السائلات الموجودة في باطنها على انه قد يظن وجود
 هذه الحالة اذا شوهد ان حجم الرحم اكبر من العادة فوق العادة وان لم تفقد
 متانتها وشدها فاذا ~~كان~~ ان الخلاص في المهبل من قبل كان التشخيص
 واسعاً معال الومائط المناسبة ~~بـ~~ وان في غاية السهولة فلا حاجة لاطالة
 الكلام في ذلك هنا وبالجملة فافراط الحجم في توابع الجنين يدuran يكون طارضاً
 يمنع التفليس طالم يتوافق مع غيره من المضاعفات

(المبحث الثالث)

(في تضاييق العنق)

نقول في ذلك التضاييق التشخيصي القوية ما قلناه في زيادة حجم الخلاص
 عن العادة وهو عارض قليل الحصول فمن المعلوم ان القوية التي يمر منها الجنين
 قد تمقبض انتباضاً تشخيصياً بحيث تمنع خروج الخلاص ~~لـ~~ يمكن ينبغي لا يجل

ان نقول

ان قول بهذا المانع ان توجد في ذلك مشاهدات صحيحة وهذا لم يوجد الى الآن
وزيادة على ذلك انه لا يوجد في طبيعة الانقباضات التشنجية ما يدوم زمنا
طويلا فاذا وجد كفى ان يؤمر ببعض مسكات او شئ من مضادات التشنج على
حسب الاحوال ونقول من الواضح ان الصفة التي وصفوا بها هذه الانقباضات
التشنجية هي الضيق الطبيعي للعنق الحقيقي غير ان فيه بعض قوة فبالنظر
لذلك تكون هذه حالة مخصوصة تستدعي الاتنباه فان الولادة اذا انتهت كان
رجوع العنق في الغالب على نفسه اسرع من رجوع الجسم ففي هذه الحالة
اذا اجتهد في تخليص المرأة قبل ان يقهر قعر الرحم مقاومة الفتحة لم تمر المشيمة
من هذه الفتحة الا به سرور بما ظن حينئذ وجود انقباض تشنجي على ان
انقباض الجزء العلوي من عنق الرحم يمكن ان يقش فيه لانه كثير الحصول
كما ان انقباض الفوهة السفلى نادر بل ربما يقال ايضا ان تأخر التخليص ينشأ
غالباً من هذا السبب كما انه هو السبب ايضا لكثير من ~~تكميلات~~ كياسات المشيمة
فالتضايق حيثئذ يمكن ان يصعد اعلى عن الفتحة المهبلية بقيراطين او ثلاثة
او اربعة كما شاهدت ذلك القابلة بوافين في الموتى فيكون ذلك مانعا قويا ولقد
خفي هذا على ملبوط حيث قال ان العنق عديم الفعل في مدة الطلق
ولا ينقبض الا بعد الولادة

والوسائط التي تستدعيها هذه الحالة هي فصد الذراع اذا كانت المرأة قوية
ومعها اعراض تهيج والحقن المرخية او المتحدرة الخفيفة ومرهم البسلا دونها
بل والاستحمام العام اذا كانت عصبية وفيما قوة قليلة او كان معها حساسية
شديدة في اعضاء التناسل او كانت مهددة بتشنجات او نزيف وباءت اعمال عرق
المسهل المسمى بسـيانس وبعض مرخات لطيفة على الخشلة اذا لم تعرض
عوارض ويضاف لذلك استعمال ما فيه الافيون من الباطن * ثم في بعض
الاحوال المكروبة الثقيلة يسمح بتوجيه اليد للعنق ليوسع بها مع كون اليد
الآخري تجذب الحبل جذبات لطيفة والطبيب يردوف لم يقهر الدائرة الضيقة
قهرامخامكا الا في حالة النزيف فقط

قال الطبيب ويت واحتياص المشيمة الذي يعين على حصوله الجذبات المفعولة على المتكبين اذا خرج الرأس يمكن ان ينسب لاسباب اخر غير تضاييق العنق فقد ذكر بعضهم حالة لم تكن المشيمة فيها واقفة الا لكون طرف الاغشية منتبها في فقر الرحم الغير المتقبضة * قال المؤلف وقد شاهدت شبه ذلك في امرأة تحت يد قابلة ماهرة فكان جزء عظيم من مشيمتها خارجا من الفرج وكانت ممسوكة من فوق العنق بهجز من الاغشية الجنينية المقتولة على هيئة حبل ففعلت جذبات خفيفة فخرجت كلها بدون ان يقطع الحبل وكان سبب هذا العارض قطعة متجمدة من دم في حجم بيضة وقفت في طرف جزئه مبرومة غشائية ثم بعد ذلك عثرت على مشاهدتين من هذا القبيل

وقد امر بعضهم باستعمال مطبوخ السنامكي حقنا لتجديل التخليص المتأخر * قال المؤلف لكن هذا لا ينفع الا اذا ظهر ان الرحم اقما ينقبض ببطء والا حسن عندي حمام القدمين والتبريج على الفخذين كما مدح ذلك بعضهم

(المبحث الرابع)

(في المشيمة المتكيسة)

كيفية حصول ذلك * اختلف المؤلفون في كيفية حصوله فذكر بروس انها تكون محبوبة في شق او كوة او جيب في جانب الرحم او شبهه ككيس قتي وقال لوفريت انه ينشأ من كون الجزء الرحي المحاذي للمشيمة بقي في حالة وجود بخلاف بقية الاجزاء فانها انقبضت بقوة بعد الولادة ونسبه بعضهم لميل الرحم لان يرجع لثقله الاول وبسبب هذا الميل حصل في القووة الباطنة حالا اختناق حقيقي احتبس الخلاص من اعلاه في تجويف الرحم فصار كانه في مسكن مخصوص واما تجويف العنق فيبقى خالفا تحتته ونوع بعضهم رأى لوفريت فقال يلزم ان تكون اجزاء الرحم المباشرة للجنين متجهة جدا اكثر من الاجزاء التي لا تلاصقها الا بواسطة المشيمة مدة الحركات العنيفة للطلق فيحصل من ذلك ان الاجزاء الاول ترجع على نفسها باسرع من رجوع الاجزاء الاخر فيكون بسبب ذلك جيب للتخلص منفصل عن غيره وقال بوه

انه ناشئ من تكون مخصوص في الرحم اذ قد شوهدت ارحام مزدوجة
التجويف يوجد الجيب فيها غالبا شاغلا الجانب الايمن ويحتوي على الخلاص
عندما يكون الجنين شاغلا للرحم وقيل انه منسوب لتمزق خيوط عصبية
يحصل منها تواور درطوبات فيحصل من ذلك انقباضات تشنجية في بعض اجزاء
من العضو وقيل انه ناشئ من تشنج الرحم من اعلى الفتح ونسب بعضهم هذا
التشنج للاعمال الدبثة من المولد ولا سيما جذبات الحبل جذبا رديئا وجميع
هذه البيانات قد لا توجد في بعض الاحوال

قال المؤلف ونحن نقول ان التكيس نتيجة ضيق غير متساو في الرحم بعد خروج
الجنين لكن اظن انه لا يوجد لهذا الضيق توضيح عام قانع في الاقوال السابقة
ويحصل هذا الانقباض تحت الدائرة المشمية حالا او على اصل الحبل
وقد يكون على بعض اجزاء من المشيمة قليلة القوام او رقيقة ملتفة على هيئة
اسطوانة بحيث تكون الرحم كأنها منقسمة الى كهوف كثيرة يحتوي كل منها
على جزء من الخلاص وجميع الامور الواقعية تشهد بصحة ذلك فان في حالة
ذكرها ورتون انقطع الحبل فوجد كأنه محتق من اصله في فتحة لا يمكن ادخال
الاصبع منها واذ كردينس الذي وضع هذا العارض بالانقباضات الرجية
الغير المتساوية انه وجد تقبالا ثم منه الا السبابة ومنه وصل التجويف فيه
المشيمة فعلم من ذلك ان الرحم كثيرا ما تكون محتقة على هيئة قرعة من اعلى
عنقها كما شاهد ذلك كثيرون ومنهم المؤلف

واحوال التضايق المضاعف لا يعسر فهمها وليست نادرة الحصول * قال
المؤلف قد دعيت لامرأة فرأيت ان القوطة الباطنة للعنق لم يحصل منها
الايسر مقاومة ووجدت فوق ذلك بقليل ضيقا زائدا فلما نفذت منه وصلت
لتجويف على يسار الرحم يحتوي على اعظم جزء من المشيمة فالتمزت ايضا
ان انفذت فوجدت تضايقا يوصل منه لقعر الرحم وجانبه الايمن حيث كان
هناك الجزء الباقي من الخلاص واتفق ايضا اني وجدت الرحم في امرأة
ماتت بمنارستان المدرسة على هيئة قالب منطبق على المشيمة وكان تجويفها

منقسم الى خمسة تجاويف قليلة العمق ناشئة كما هو واضح من التنوات
 المتكونة بواسطة التجاويف المشيحية القابلة لها فلو كان الخلاص صلبا منتظما
 كالرأس لكانت الرحم باقباضها حافظة بالضرورة لشكل قنينة والخال ليس
 كذلك فالتجاويف باقفاصها لا قد تنعزل ويحصل من المشيحية عند ذلك مقاومة
 في بعض المحال اكثر من غيرها ثم لم تلبث الرحم قليلا في مثل تلك الحالة حتى
 تنقسم الى جملة مساكن منتظمة متميزة عن بعضها كما يشاهد موافقتها الشكل
 الرأس والمنكبين والصدر والحوض وبقية الاجزاء البارزة او الضيقة
 من الجنين بعد خروج السائل الامنيوسي اذ لا يخفى على احد مشاهدة الرحم
 من جذران البطن متحدة غير مستوية او مستطيلة لا كروية او مستديرة فقط
 وقد اتفق في امرأة شاهدتها بصحبة الطبيب جلوت وكان لم يمكن فيها الاهتداء
 على الحبل لكونه انفصل من اصله وجذب معه الامنيوس كله وكان تجويف
 العنق مرتجيا ووجدت من فوقه دائرة فيها ضيق لطيف ثم وصلت الى جزء من
 المشيحية في كدس ظننته اولا تجويف الرحم ولما وضعت اليد اليسرى على الخلة
 استشعرت كأن الرحم منقسم الى ورمين امتد احدهما في الخاصرة اليمنى
 وانتهى بي الحال حتى دخلت في دائرة ثانية متجهة الى اليمين ثم في كهف يحتوي
 على الجزء الاصلى للمشيحية فصلته بسهولة واستخرجته

فالكل ليس قد يكون مكوونا من قعر الرحم فتكون الرحم حيث مذقريية لشكل
 قرعة ذات عنق وقد يوجد على الجانب او من الامام او من الخلف او في محال
 اعلى عن ذلك بكثير او بقليل كما شوهد جميع ذلك قيل وقد شوهد ايضا كونه
 موضوعا في دائر من قعر الرحم وكذا شوهد التكيس في البوق لكن الظاهر
 ان التكيس في هاتين الحالتين كان نحو زاوية الرحم حيث كانت المشيحية
 مندغمة فيها من قبل ثم ان جميع الاجزاء الرجعية البعيدة عن الكيس قد تكون
 في حالة استرخاء تام حتى ظن بعض المولدين في بعض الاحوال ان نصف الرحم
 المسترخى هو المشيحية فاخذ في فصله وتخليصه

هذا والمشيحية قد تكون محوية كلها او بعضها في جيب عارضى وقد تحتنق بدائرة

الكيس بحيث يكون جزء منها سائبا خالصا في العنق واما الجزء الاخر فيبقى مسجونا من اعلاه في جيب او جيوب من الجسم والقعر فيوجب ذلك يمكن ان تختار ما قاله جلوت من ان التكيس اما تام اذا كانت المشيمة محوية كلها في جيب واحد رحي وغير تام اذا كانت محاطة فقط بدار ولزاد على ذلك قسما قالنا وهو كون التكيس متضاعفا

العلامات والعلاج * يمكن ان تصور علامات هذا العارض ما قلناه في كيفية التكيس والانتباهاات التي يستدعيها تختلف على حسب كونه يوجد معه غيره من المضاعفات او لا يوجد ففي الحالة الاخيرة يزول هذا العارض بالانتباضات الرحية المتروكة لنفسها وانما تعرض تلك الانتباضات بالتمريح على الخشلة وبالمدبات اللطيفة المنتظمة للعبيل وبالجملة لا ينبغي السرعة والفتحة في العلاج وانما ينبغي الانتظار والاحسن عند هملتون في التكيس الحاصل من الانتباض التشنجي استعمال اربعين او خمسين نقطة من صبغة الافيون اما اذا كانت المرأة مهددة بنزيف او تشنجات او كان لذيد عيشها معرضا للخطر يابى كيفية كان فان المبادرة بالعلاج لها الزم فتدخل الاصابع احداها بقدر الاخرى في عنق الكيس ليوسع يطيء واحتراس ثم تنفذ اليد كلها لتسلك بها المشيمة فاذا كان هنالك فوهة ثانية فعل فيها كما فعل في الاولى وفي جميع الاحوال يكون الحبل هو المرشد الا كيد الموصل للخلاص الذي يفصل ويعزل بواسطة انزلاق الاصابع منبسطة بينه وبين الرحم ثم يجذب ويدفع بالوجه الراحي لليد حتى يضل الى اعلى المهبل وهنبا تلييه مهم وهو ان الالم المتسبب من ادخال اليد في جزء الرحم الباقي يسترخي ايزيل التكيس احيانا وذلك لان الكيس من حيث انه يتقبض حيث تنفذ يقع الدائرة الحابسة للخلاص كما ان جسم الرحم يوسع عنقه هامة الطلق فان كان المتكيس من المشيمة جزءا منها جاز بعد توسيع فتحة الدائرة ان يترك النفوذ الى ابعده من ذلك بل يسلك بالاصابع ويستخرج بعد ذلك حالا كمن الاعاب والاكد والاسرع ان يذهب الى الكيس نفسه فان هذه هي الوساطة الوحيدة لمعرفة حالة الاجزاء

بالضبط * ومن المعلوم ان اليد التي تبقى في الخارج مدة هذا العمل تحفظ
 وهر الرحم وتحميه ايضا وتحمضه نحو اليد التي في الباطن

(المبحث الخامس)

(في انقطاع الحبل)

انقطاع الحبل لا يكون في نفسه مضاعفا للتخلص الا لكونه لا يمكن معه
 استئصال الجذبات ويحتمس من ذلك الانقطاع بان يقطع الجذب متى امتنع
 بان القطع قريب الوقوع ولكن لا يمكن معالجته بالتفتيش على المشيمة باليد
 ومنى لم يحتمل على المرأة خطر ترك الامر للطبيعة وهذا القطع يحصل خصوصا
 اذا كان الحبل مندغما حوالى دائرة المشيمة او بـ كـرت او عينه بالانفصال
 وانعزات بحيث اشبهت اسعة مظلة عند وصولها للمشيمة * وعندئذ من ذلك
 مثالان ذكرهما تبيد ما في احدهما اجتمعت الحركات القوية المنعولة كلها
 في اصل الحبل فانقاد ذلك الحبل لها قبل ان ينقلها للصلص وفي ثانيهما
 لم يكن في الاوعية نفس القوة التي توجد فيها لو كانت منضجة وايضا فان الجذبات
 التي لم تنج على جميعها تمزقها بسهولة عظيمة احدها بعد الآخر

وزيادة على ذلك ان هذا التمزق قد يتسبب من خروج الجنين نفسه فاذا كان
 الحبل قصيرا جدا او تكون منه لفات حول رقبة الجنين او صدره او جزء آخر
 من جسمه جازان يحصل من الاندفاع الفجائي للجنين قطع الحبل من جانب
 المشيمة كما قد يحصل ذلك من جانب المرأة قال دولا موت وقد امتد هذا التمزق
 الى البريتون في امرأة ولدت وهي واقفة وهذا العارض يحصل كثيرا اذا ولدت
 المرأة بسرعة وبدون ان تضع نفسها على سريرها وفي مثال آخر لغيره حصل
 مثل ذلك وحصل معه ايضا انقلاب الرحم وماتت المرأة فجأة وهناك امثلة
 اخرى اقطع فيها الحبل بسبب خروج الولد فجأة ولم يحصل خطر للام والجنينها
 لعدم حصول نزيف من ذلك وعلى كل حال مهما ~~كان~~ كان السبب ينبغي
 ان لا يتوقف في ادخال اليد حتى تصل للصلص اذا صاحب قطع الحبل ادنى
 عارض قابل لان يكون ثقيل

(المبحث السادس)
(في التصاقات المشيمة)

الاتصاق المرضى للمشيمة اى الختالف للطبيعة يكون كلياً او جزئياً
وخفيفاً او قوياً

(المطلب الاول)
(في الاسباب والعلامات له)

جعل القدماء ومثلهم سببى وغيره سبب هذا الداء هيئة اسقيروسية في الرحم
او في الخلاص واستحسن كثير من المتأخرين نسبته للالتهاب * قال المؤلف
ولادليل على شئ من ذلك ولقد شاهدت المشيمة صلبة سميكه مصفرة فاقدة
لمنظرها الاسفنجي تارة في بعض اجزائها وتارة في جميع سعة سطحها الرحمي
وشاهدتها ايضا مملوءة بمواد كتلية متجانسة في حجم الجوزا ويبيض الجبل صلبة
ممرنة وكانت التصاقاتهما في تلك الاحوال خفيفة لا قوية وسطحها وان كان
فيه تحديات الا انه كان ملمس ولم يوجد فيه اثر متزق اصلا وشاهدت ايضا هذه
الاستحالات مصفرة فكانت هي التي سموها بالمشيمة النحمية بل وشاهدت
ايضا معظم التغيرات التي ذكرت غير اني لا اعلم انها تنج التصاقا محالفا للطبيعة
ومارأت في كلام المؤلفين مشاهدة اسقيروس الرحم في نفس المحل الذي توجد
فيه هذه الالتصاقات المرضية على ان كل احد يعلم ان المشيمة يحصل لها التصاق
بالاورام اللبغية التي تغرس هي عليها في بعض الاحيان ويكون في الغالب
اقل متانة من التصاقها بالرحم نفسها وكذلك ياربى الذي وجد في الخلاص رملا
وبنديقي الذي زعم انه وجد ديدانا بين الرحم والمشيمة لم يذكرا التصاقا اصلا
ومثلها بروس الذي وجد راسباً ملجئاً وهجراً يوصفوا يا حتى على السطح
الظاهر للمشيمة

واما الالتهاب فيصح ان تختار كونه سبباً قريباً للعقل في بعض الاحوال
كما اذا حصل عقب ضربة على البطن فانه يحس بالمخني وحرارة مده بعض اسابيع
في المحل المهادى للمشيمة من الرحم ويوجد عند الولادة التصاق المشيمة بها

لكن الغالب ان الظاهرات المذكورة تبقى مدة سير الحمل بدون ان يعرض
التصاق كما ان الغالب وجد ان الالتصاق بدون مشاهدة هذه الظاهرات
على ان من المعلوم ان الصفة الذاتية لالتهاب الاغشية المخاطية هي زيادة
افرازها وانما لا تنتهي بالتصاق سطحها بالاجسام الملاصقة لها الا نادرا
فمن الحزم والعقل انتظار مشاهدات وابحاث جديدة يجزم منها بحالة
هذا الالتصاق

فان كان الالتصاق جزئيا كان شاغلا تارة جزأ من دائرة الرحم وتارة جميع
دائرتها وتارة تكون حواف المشيمة خالصة وانما التصاقها بالرحم يكون
في وسطها ويجزأ اواجزاء من سطحها فان كان الالتصاق عاما وذلك نادر كان له
كالسابق درجات مختلفة فاحيانا يزال هذا الالتصاق بمجرد جذبات في الحبل
بدون احتياج للنفوذ في الرحم واحيانا يكون قويا بحيث يظهر كأن
المنسوجات تدخلت في بعضها وانه لا يمكن الفصل بدون تمزق الاجزاء

العلامات * العلامات الاتية لا تحقق الالتصاق المرضى للخلاص وان عبر
بذلك ديرزموس وانما تحمل على ظن وجوده وذلك انه مع وجود الالتصاقات
المكررة من الرحم وصلابتها وشكلها الكرى اذا دخلت الاصبع في العنق
يستشعر بان المشيمة لم تأت له ولم تقعد للجذبات المناسبة المعمولة على الحبل
واذا تذكرت ما قلناه لك سابقا من ان الالتصاق المرضى نادر جدا علمت
انه لا ينبغي ان يشكبه بالاحوال التي يعسر فيها استخراج الخلاص باسباب اخر

(المطلب الثاني)

(في علاج الالتصاق المرضى للمشيمة)

هنا طريقتان مختلفتان للمولدين فهم من قال يترك ذلك للحركات العنيفة التي
تحصل من الرحم ومنهم من قال لا بد من المبادرة بازالة الالتصاق وذلك لانهم
اولا ظنوا انه اذا ترك الخلاص في الرحم تكون المرأة معرضة للترفيف وللتسخرات
وانه اذا فسد وعنه اثر تأثيرا مفعما على البنية كلها وسيماء اعضاء التناسل
والبريتون فيتولد من ذلك حي خبيثة وثانيا انهم تمسكوا بان يكون هذه

العوارض.

العوارض نتيجة اعمال استعملت قبل او ان استعمالها اكثر من كونها نتيجة الوجود المستطيل للمشيمة في الرحم فقد ذكرها البر وغيره احوال التمزق فيها الرحم والنهب وتغفر عقب اعمال عنيفة عملت لاجل ازالة ما زعموه من الالتصاق المخالف للطبيعة وشوه بقاء الحمل في الرحم يومين واربعة وستة وثمانية وخمسة عشر وثلاثين بل واشهر كثيرة بدون ان يحصل من ذلك عارض اصلا فاذا عفن جذبه معه النساء قطعوا واهدوا باسم بواسطة الحقن يسهل دائما الاحتراس من خطر امتصاصه على ان الظاهر ان الاخطار التي يظن كونها تحصل من فصله القهري اقل جدا من الاخطار التي تحصل من احتباسه في الرحم زمنا طويلا حتى ان بعضهم امر النساء القوابل بترك عملية التخليص وان يترك ذلك للبنية الطبيعية حتى في احوال النزيف اذا حصل في استخراج المشيمة بعض تعمس

فان قيل ان المشيمة قد تبقى احيانا باجلة ايام في الرحم بدون ان يحصل منها عارض نقول كثيرا ما يحصل منها ايضا اعراض ثقيلة فقد اتفق ان جميع العوارض زالت عندئذ فاعلموا وحصل السرور بذلك الا ان المرأة فقدت حياتها بعد ذلك وان اردت ادلة جديدة لذلك فعليك بالاستقصاء عن المشاهدات التي فيها ذكر ذلك فالمشيمة سواء كانت ملتصقة او غير ملتصقة لا ينبغي تركها كلا او بعضها في الرحم الا اذا لم يمكن استخراجها فقد شوه دان بقاءها سبب الموت في اليوم الثاني عشر ويقال ان بقاءها يعرض المرأة للزيف وللحمى العفنة والموت وقال بذلك بورن وحذر من ان تترك المرأة قبل نزول خلاصها بالكلية فكان يذهب باليد ليقتش عليه او على ما بقي منه اذ لم ينزل بعد ساعة واتفق انه ترك في امرأة الى اليوم الثامن وفي اخرى الى الخامس عشر فسبب لهما الموت وذكر كليان ان الخلاص اذ لم يخرج بعد ساعة من خروج الجنين لزم استخراجها بالعمل واذا عارض عارض قبل مضي الساعة لزم استخراجها ايضا وامثلة الموت من بقاءه في الرحم كثيرة وذكر المؤلف من ذلك امرأة كابدت في اول ولادة لها مشقة عظيمة بسبب وضع ردى الجنين وفي سير حملها الثاني كانت صحتها مكدرة

ومع ذلك ولدت هذه المرة بدون استعانة بالصناعة فكان الحبل دقيقا ورفوعه متباعدة عن بعضهم اعند اصله وكانت المشيمة رقيقة ~~ص~~ كالحة فيها تجاويف منفصلة عن بعضها وما خرجت الا بعنف شديد قال وكان عندي ظن قوي بانه بقي منها شيء في تجويف الرحم فعرض في اليوم التالي آلام شديدة ثم سكن بعضها بعض ساعات ثم رجعت ثانيا ثم حصلت حي اللبن فصارت المرأة مهددة بتشجات وبالتاب بريتوني وانتهى معها الحال باحساسها في عنق الرحم بحجم صلب لم ~~ي~~مكن استخراجها الا في اليوم الثامن فزال العوارض بعد نزوله من اعضاء التناسل غير انها تبدلت باعراض لين مخي انتهت بالموت وذكور مورلان ان امرأته لم ينزل خلاصها الا في الخامس عشر غير انها بقيت تلك المدة فريسة لعوارض مختلفة واخرى لم تنزل مشيمتها الا بعد ثلاثة اشهر غير ان التزيف لم يقطع تلك المدة

قال المؤلف فعلى رأي احسن الاعمال هو توجيه اليد للرحم وذلك اولى من ان يتزلز اجزاء من المشيمة فيها وفي جميع الاحوال تجذب تلك الاجزاء باسرع ما يمكن نعم كثيرا ما ترك قطع منها في كثير من النساء فقد ذكر جلموس ان جزءا منها بقي في الرحم ولم ينزع العلوق بعد اربعة اشهر ولا الولادة بعد تمام اشهر الحمل واتفق انها بقيت في الرحم بسبب قطع الحبل ولم يخرج الا بعد اربعة اشهر بسبب حصول نزيف خفيف وقد حصل التلقيح في اخرى مع وجود مشيمة سقطت في الرحم لم يخرج الا بعد جلة اشهر مع البذرة الجديدة غير ان هذه احوال معيدة مستثنيات لا ينبغي الركون اليها والا فيمكن امتصاصها ويخشي منه ما سذكره على الاثر

فالمشيمة من حيث انها جسم غريب اذا بقيت في الرحم هيبتها فتحدث فيها توارد دم فتكون سببا مستداما للتزيف ولاعراض عصبية وآلام متنوعة وحراقتها التي تحصل من تعفنها والرائحة التي تنتشر منها تختلطان في اغلب النساء فائدة والمادة العفنة اذا تجمعتان من فسادها اذا مستاباطن الرحم فذا تا فيه بان يشرب او يمتص اعظم جزء منها باوردة هذا العضو فاذا حصل من

ادخل اليد في الرحم تمزق في اعضاء المرأة بدل فصل المشيمة كما يعرض ذلك
احيانا يكون هذا من خطأ الطبيب المولد لامن العمامة فمسماع انه ليس
المراد قلع المشيمة بعنف او ازالة الالتصاق بقوة طوعا او كرها كما كانت تفعله
القدماء وانما المراد فصلها مع الاحتراس واستخراجها اذا امكن بدون تمزق
للرحم فمن الغلط اذا لم تطل المدة بعد انتهاء الولادة ان يظن ان ادخال اليد
في الرحم يكون مؤلما ومهيجا للرحم وهل من العقل ان يخاف من الاحتكاك
اللطيف للاصابع ومن الجذبات الخفيفة باليد في عضو كابد الالتصاق الشديد
مدة طويلا قبل ذلك بدون حصول خطره مع ان الطبيب بولذ كان من مائة
وثلاث وستين امرأة فصات مشيمتهن بالصناعة لم يمت منهن الاست وان من
خمس وثلاثين امرأة تركت تخليصهن للبنية الطبيعية ماتت منهن ثلاثون وذكر
ريسك انه ماتت ثنتان وستون امرأة من خمسمائة وثمان وستين عمل لهن التخليص
القهرى مع انه ماتت تسع وعشرون امرأة من ثنتين وثلاثين تركت تخليصهن
للطبيعة وذكر اولسا ميران الموت يحصل بنسبة واحد لستة عشر اذا حصل
التخليص الصناعي بنسبة واحد لاثنتين اذا ترك التخليص للطبيعة وذكر مسنير
انه لم يفقد منه الا اربع ضعهوا قبل ذلك من التزيف من مائة وثمان عشرة
خلصوا بالصناعة

(المطلب الثالث)

(في كيفية العملية)

اذ لم يرل الحبل باقيا يسك ويفعل فيه جذبات كما قلنا في التخليص البسيط
فان كان مقطوعا يجتهد في ان يمسك جزء من المشيمة فسمها وجميع المتأخرين
ومنهم لوفريت وبودلوك اوجبوا ان يكون جذب الحبل هو ديا على مسطح
المشيمة ويتصور ذلك في الذهن بتوضيحه بما يشبه فانك اذا جذبت ورقة مبتلة
جذبها موازيا للمسطح الموضوعة عليه فانها تتمزق ولا يزل التصاقها كذا
قال لوفريت اما اذا مسكتها باحد حوافها وقلبتها على نفسها فانك تفصلها
بسهولة بدون ان تمزقها فاعلى رأى هذا المؤلف ينبغي اولا ان يتحقق المهل

المشغول بالمشية حتى انها اذا كانت مندغمة من الامام لا يغير ما قلنا من جعل
الاصابع على هيئة بكرة اى ميزاب اما اذا كانت مندغمة من الخلف لم يكن هنالك
يقع لتلك البكرة فان كانت مثبتة على الجانب لزم ان يذهب بها الى اليمين
او الى اليسار على حسب ذلك الجانب

وهذا الدليل العقلي صحيح ولا بد اذا عمل العجل في مسافة خالصة وكانت المشية
منطبقة على جدران الرحم المتوترة جدا لكن الظاهر انه لم ينظر الى ان الاصابع
لا تمسك الحبل الا من تحت العنق وان الخلاص يلامس جدران الرحم بسطحه
الاسفنجي وبسطحه القشائي وان الحبل اذا أمسك باى وجه كان يكون دائما
موازيا للقطر العظيم للرحم لا عموديا عليه من محل اندغامه الى ان يتقصد
من فوهة ذلك العضو وانه اذا دفع بقوة كما وصوا بذلك الى الخلف او الامام
او الجانب التزم ان يحك وينزلق على الجزء المحاذي لذلك من العنق كما يمر في حلق
بكرة بدون ان يغير ذلك اتجاهاه بالنسبة للمشية نفسها فان يكون الاحسن
ان توضع الاصابع الثلاث بحيث انها اذا اثرت كلها معا كانت كرافعة او بكرة
يمكن ان تجذب الحبل وباقي الخلاص في اتجاه المهور الطويل للرحم لكن من
حيث ان المهور قد يختلف ويبعد كثيرا او قليلا عن محور المضيق بان يذهب
الى الامام او اليمين او الخلف او اليسار ويبقى مستقيما او ينحني على هيئة قوس
دائرة او يتعرج على حسب ما تفعله فيه الرحم من الوضع والشكل والاتجاه
يكون من اللازم ايضا ان توجه الجذبات نارة كثيرة وانارة قليلا الى الخلف
او الجانب كما ذكرنا ذلك في الكلام على التخلص الطبيعى ولا يذهب للتفتيش
باستقامة على الخلاص الا بعد عدم نفع هذه الجذبات المعهولة مع غاية الاقتران
او اذا كان الحبل لا يقدر على تحملها فاذا كان الحبل موجودا متصلا
استعمل بمنزلة موصل مرشد فان كان مقطوعا بالسكية غير الخلاص لليد في مس
سطحه الظاهر بآينه العظيم وعدم تساويه وفي مس سطحه الباطن بمنظرة
الاملس المزلق وتفرعانه الوعائية الموجودة عليه وفي مس كليهما بالاحساسها
القليل الشدة التي تستشعر به المرأة وتوضع الاصابع على العضو واستناده

عليه * وهذا البحث في الغالب مهمل على الشخص الممارس فان اهل
جازان يشته عليه التنوات التي توجد احيانا في باطن الرحم اذا انقبضت
انقباضات غير متساوية بنتوات المشيمة ويحصل من هذا القلط خطر اذا كانت
اليد الممارسة لذلك يد جاهل او كانت رديئة الاتجاه

ومنى عرفت المشيمة وكان هنالك جزء من دائرتها غير ملتصق مسكت منه
ثم تفصل بان تقبل على وجهها الغشائي او تتبع وصية من قال تزلق اطراف
الاصابع منبسطة بينهما وبين الرحم ثم بواسطة حركات متقنة ذهابا وايابا تفصل
تدريجيا كما تفصل قشرة برتقانة او ورقتين ملتصقتين التصاقا خفيفا ببعضهما
فاذا حصل الالتصاق كلياً تزلق اليد المهيئة كما سبق على الوجه الظاهر
اي الوحشى الجزء من الاغشية ثم تذهب تدريجيا حتى تفصل الى دائرة المشيمة
فاذا وصلت هنالك عمل بها كما قلنا فاذا حصل في الدائرة وحدها التصاق مرضى
وكان الجزء المتوسط من الخلاص رقيقا مضغوطا بالدم كاشوه ذلك جاز
كما قال بعضهم ان ينقذ من مركز المشيمة ويفصل باقيا كما في الاحوال الاخر فاذا تم
فصلها جذبت باليد بان تدفعها اليد امامها ولا تبتليها خلفها وتستخرج
مع ذلك ايضا القطع المتجمدة من الدم التي يمكن احتواء الدم عليها

فاذا فعل ذلك كان من النادر جدا ان يحصل خطر من ازالة هذا الالتصاق
نعم قد يكون الالتصاق قويا بحيث لا يمكن ازالته ففي هذه الحالة يرال الالتصاق
من الاجزاء التي لا يكون فيها قويا ويمزق ويجذب جميع ما يمكن فصله ويترك الباقي
لوسائل الطبيعة وان مشى بعضهم على ان لا يترك شيء من المشيمة في الرحم
بل ينش عليه ويخرج

فاذا الميى في الرحم الاجزاء من الخلاص استخرج بما قلنا فاذا لم يرل العنق
مر تحيا وادعاه ولم تكن الولادة انتهت الامن زمن قليل يكون الاحسن ان توجه
اليد كلها حتى تفصل للرحم ومن حيث ان الجسم الغريب لابد ان يدخل فيما بعد
في العنق كالأوبعضا يكتفى حينئذ ان تدخل اليد في المهبل ويمكن ان يمر
بالاصابع في باطن العنق الى مدخل التجويف الرحمي ومع ذلك ينبغي ان يحذر

الطيب من ان يغش بتولد مرضى او بعد دم تساوى العتق فيظن ان ذلك هو المشية اذ كثيرا ما يعرض بعد تخليص لم يحضره الطيب عوارض تنسب لكتلة بارزة في المهبل يظن انها الخلاص حتى وقع ان الطيب دى نوم ربط هذه الكتلة وقطعها فوجدت بوليوساومات المرأة من ذلك * وانفق ايضا ان الطيب ابريون نودى لامرأة في اول ولادة لها وكنت وضعت من منذ ثمانية ايام فوجدت الرحم مملوءة بكتلة كبيرة مع ان قابلتها ~~ك~~كدت له ان التخليص ثم بكائنه ثم بعد بعض ايام خرج منها ورم في حجم رأس طفل كبير وبجث فيه مولفتا فوجدت ليفيا وبعضهم استعمل في احتباس المشية المصوب بالزيف البورق مع الدهن السكرى للوالياتا ووصى بعضهم في تلك الحالة بمحقن من الانتيمون وادر كاورات الصود وبعص الاندآ

فاذا لم يمكن تنظيف الرحم ابقى فيها جزء من الخلاص بسبب من الاسباب فالعلاج الذى تجهزه الطبيعة والاحترافات التى تستدعيها حالة المرأة هي ماسيد كـ * فتارة يفصل بنفسه الجزء الذى تعسر انفصاله او لا بعد بعض ايام ويخرج مع قطع الدم المتجمدة وتارة يفسد تركيبه ويخرج مع النفاس وتارة لا يخرج الا بعد زمن طويل فقد ذكر ~~ك~~رحمى ان بعض المرضى عنده لم تدفع الخلاص الا بعد شهرين فكان صلبا جا فاؤذ كر بعضهم انه اتفق خروجه بعد تمام الشهر الثامن وبعضهم ذكر اكثر من ذلك وبعضهم اقل وقد لا يخرج الا مع خلاص حمل آخر يأتى بعده كما شوهد ذلك * ولينبى لتوجيه الاصابع للمهبل زمن اقرب من ان يظهر هل انفصل الجسم القريب ويستخرج متى جا الى العنق ثم في حالة ما اذا لم يمكن ممسكه بالاصابع يصبح الالتجاء للمقاطع النطف الكاذبة لوفريت اول صناديدويس ويحقن كل يوم تجويف الرحم بماء الخطمية او ماء الشعير المعسل او مغلى الكينا لاجل تنظيفه ومنع امتصاص المشية وجذب فضلاتها القاسدة كمد افصلت او فسدت وهذه الحقن التى مدحها لوفريت وغيره في معالجة ما يجهل من التخليص المضاعف ايضا وعلمها بروس من الماء القاتر او النبيذ في حالة النزيف يلزم ان تبدل في الاستراذالم يكن المراد

الاتسكين التبع بالضمادات التي قوامها نصف سائل ومع ذلك لا ينبغي ان ينسى
ان هذا الالتصاق نتيجة مرض وانه بعد اتلافه القهري يبقى السطح الباطن
للرحم بالضرورة في حالة مرضية متعينة ويختلفه شبه جرح متفروح من المهم
تنظيفه والتحصانه

(المبحث السابع)
(في امتصاص الخلاص)

قد تزول المشيمة المتروكة في الرحم بكيفية غير محسوسة ~~وكأنها~~ ذهبت
بالامتصاص فمن مدة سنين تكاموا على هذا الامتصاص وذكروا ذلك امثلة
كثيرة ويقرب للقل انه ينسب لذلك حالة المرأة التي ذكر جملوس انه لم ينزل
خلاصها ومع ذلك حلت بحمل آخر بعد اربعة اشهر وذكر المؤلفون امثلة
كثيرة شبيهة بذلك منهم ما شاهدوا للعكيم دويل وهي ان امرأة ولدت ولادة
كاذبة في اربعة اشهر وارتفع الحبل من المشيمة التي بقيت مسموكة في الرحم
ثم عرضت عوارض لامرأة غير انه انتهى الحال برجوع المرأة لصحتها اسكالة
مع انه تحقق عند الطبيب ان الخلاص لم يندفع الى الخارج لكن مثل هذا الامر
غريب بحسب الظاهر بل ربما ينكر اولا كيف يتصور في جسم كبير الحجم
متميز مضاعف التركيب ذي نسج كثيف كالمشيمة مثلا انه يزول بامتصاص
غير محسوس ويدخل جزءا جزأ في دورة الدم ثم من الذي يثبت ان الخلاص الذي
تقطع وتغفن لم يخرج من المهبل قهرا عن المرأة وعن من حوالها في مثل
هذه الاحوال

قال المؤلف اما انا فاعندي يقين بانه لا ينبغي لي التعويل على ما قيل في هذا
الموضوع من غير تثبيت قوى حيث لم اشاهد نظيره بعد الولادة الحقيقية اصلا
مع ان هذا لا يحتاج الى انتباه زائد وانما لا يليق اولا ان ينشك في مشاهدة
صحيفة شاهد ما يخص ما هو وثائيا انه يوجد عندنا في العلم نتائج غريبة لا ينزع
فيها احد في الحمل الخارج عن الرحم الذي ينتهي انهاء جيد او ان بقيت البذرة
في باطن الاعضاء كثيرا ما يوجد الجنين متحولا الى منسوجات صلبة خالية

من المنسوجات الرخوة وشوهد مثل ذلك في الرحم ايضا وفي الحيوانات
غير البشر كالبقر والغنم وايضا قد فعل برقنوس تجربات كثيرة وكررتها
مرارا يستدل منها على ان المنسوجات الحيوانية الراسبة في عنق خراج مثلا
كثيرا ما تفسد فيه بسرعة واحيانا يحصل فيها انضمام كما يحصل في المعدة وازيد
على ذلك اتنى في ثلاثة احوال من الاجهاض شاهدتها سنة ١٨٣٣ عيسوية
وجدت ما يدل على امتصاص المشيمة فان الجنين فيما خرج بدون مشيمة وبحت
في قطع الدم المتجمدة بعد خروجها مع غايه الالتباه فلم يوجد فيها اثر للاغشية
ولا للمشيمة وبعد بعض ايام انسدت عنق الرحم وتيسر كعادته واما النفاس فلم يكن
زائدا عن العادة بل قد استتجنا من واحدة منهم نتائج جليلة وذلك ان مدة
الحمل كانت من شهرين الى ثلاثة وكادت تلك المرأة ان لا تخرج من الدور والخطر
لحجرة نقيلة ثم حصل لها التزيف وبقية اعراض الاسقاط ثم جاء جنينها وقطع
من العنق ومكث بارزا في اعلى المهبل مدة يومين ولم يتقدم عن ذلك فخرمت
بتمزيق الغلاف فראيت الجنين ليينا ومتنعنا نصف عفونة فسكته واخرجته لكن
لم يخرج معه ما يتعلق به فتركته في محله رجاء ان يستيقظ فعل الرحم ويقذف
لنسا ما يتعلق بالجنين وزيادة على ذلك اتنى اوصيت التليذ الموكل بالقاعة والمرأة
الراهبة والتامر حتى بالالتباه للمريضه وان لا يرموا شيئا من قطع الدم المتجمدة
حتى اراها وان يعرضوا على الخرق الملوثة منها ثم ان هذه المرأة وقعت في ضعف
زاندي حيث لم تفارق سريرها وصرت اجسها كل يوم في الصباح فلم اعثر
على شئ جامدا صلا وانقطع سيلان الدم منها بسرعة وانسد عنق الرحم بالكلية
في مسافة ثلاثة ايام ولتتهى حالها يفقد حياتها فلما افتحت وجدنا تجويف رحمها
خاليا نقيا بلبا ليس فيه شئ واتفق لي مشاهدة رابعة سنة ١٨٣٤ عيسوية
لحامل لها شهران ونصف حصل لها نزيف كثير مدة ستة ايام قبل ان تأتى
عندي في قاعة المرضى وخرج منها الجنين من مدة يومين قبل المجيء عندي
ايضا فلم تستطع ان تسر الى النفوذ في باطن الرحم بدون تعسر فوجدت الخلاص
على شكل كتلة ملتصقة من جرحها العلوى فخذت قطعة من هذا الجسم

لاحق طبيعته وتحقق عند جميع التلامذة الحاضر بن ~~هـ~~ كما تحقق عندي
 بان ذلك جزء من المشيمة غطفت المرأة على سريها مع غاية الاحتراس بحيث
 لم تضارقه وصرت كل يوم ابحت في خرقها واجسها غير ان التزيف انقطع
 في زمن قليل وتحقق انه لم ينزل بقية خلاصها الذي كنت وجده في رجليها
 حيث انسدت عن الرحم بالكلية بدون ان يكون هنالك نفاس ولا سيلان منتن
 نعم من البعيد عن ذلك امتصاص الخلاص التام الاشهر غير ان بعض الاحوال
 يدل على بعض فاذا ثبت ان الخلاص في الاشهر الاول من الحمل قد يمتص لم يسغ
 لنا انكار حصول مثل هذه الظاهرة بعد الولادة الحقيقية واما كيفية توضيح
 عارض غريب مثل هذا فلا دخل نقصي فيه خوفا من اتساع المقام

(المبحث الثاني)

(في الانزفة المضاعفة للتخلص)

قد يوجد التزيف قبل التخلص فيكون كانه مضاعف لجميع العوارض التي
 ذكرناها الى الان لكن قد يشاهد وحده ايضا ثم هو من الظواهر الخطرة
 التي ينبغي المبادرة بمعالجتها سواء نشأ من خود الرحم او تشبها او امتلائها
 او تشبها وعندنا مشاهدة امرأة ماتت ومعهما جميع اعراض التزيف الكثير
 مع ان الدم لم يسيل منها الا بكمية قليلة ولم يكن مجيئه من الرحم وانما كان
 من اعضاء التناسل الظاهرة التي حصل فيها بعض تمزق فاذا كان وجود المشيمة
 ليس هو السبب فلذلك دأبنا فاقله انها تمسك هذا البداء او تنقله فلذلك يجب
 المبادرة باستخراجها حتى وان كانت الرحم جامدة عديمة الفعل مع ان بعض
 المؤلفين يرى انه لا ينبغي ان يحرض التخلص اذالم ترجع الرحم على نفسه امام
 يكن هنالك انفصال تام للمشيمة وقد ثبت عندنا كوران التخلص الصناعي
 انما يزيد في خود الرحم ويجوز به ذلك يزيد ايضا في التزيف مع ان التجربة تحقق
 كل يوم خلاف ذلك وهو المختار عموموا ولا حاجة لان نرجع لذكر اسباب التزيف
 وعلاماته ومعالجته العامة وانما نسكلم عليه هنا باعتبار كونه من
 مضاعفات التخلص

✽ قال المؤلف لا يظهر لي ان كيفية حصول النزيف بعد الولادة كانت معروفة جيداً فيما سبق ولذلك جعل بعضهم سببه ان الرحم لا تسكنش اى لا ترجع على نفسها فيسيل الدم فائتضامن فتمت زعموا انها تبقى مفتوحة على السطح الباطن للرحم اما انا فانسبه لامورا ولا ان الاوعية الخلية لما انقطع انضغاطها فجاء الدم اليها بقوة وثانيا انه يلزم ان يتراكم الدم ترا كما يجانسها في الاوعية الرحمية التي زال استئسا كها فينصب ذلك السائل في الفراغ الذي كانت البذرة شاغلة له قبل ذلك بزمن يسير او انه مع هذه الاستعدادات وجد في تجويف الرحم نفسه سبباً مهيئاً استدعى اندفاعه

والفيضان الفجائي الذي يصير المجموع الاورطى مجلسه قد يسبب تخسيرا شريانيا كثيرا في باطن الرحم عندما يحدث من نقص الدم في الوريد الاجوف وقوف في الدورة الوريدية يقهر الحبوب على ان تنصب السائل المنقبضة به في تجويف الرحم بدل ان تذهب به الى القلب وانما الرحم هي التي تصلبها ورجوعها على نفسها تقاوم هذه النتيجة الهزينة الحاصلة من الضعف البطني ولذلك ظن كثير من المؤلفين ومنهم وافين ان النزيف والانتقباض العام للرحم لا يتوافقان فالدم الذي يسيل اذا كانت الرحم منقبضة يكون مدفوعا من المشيمة كما يندفع من اسفنجية وايس آتيامن الاوعية الرحمية ✽ قال المؤلف وهذا في الغالب وقد يكون آتيامنها فقد رأيت مرتين ظهور النزيف بعد التخلص مع ان الرحم رجع على نفسه بالاضبط وانتقبض وكانت الولادة تمت منذ اربع ساعات في حالة منهما ومنذ سبع ساعات في الحالة الاخرى فليس هذا العارض نادرا بعد اليوم واللبلة من الولادة

وبالاختصار اغلب النزيف بعد الولادة يحصل بمقتضى اصل من المهم معرفته وذلك ان الدم يسيل وينصب زيادة عن ما يناسب اما لان الرحم لم تنقبض اصلا بل تبقى مسترخية او انما انتقبضت انتقباضا ردينا واسترخت بالكلية في فترات الانتقباضات فاذا لم يكن الانتقباض الا في العنق او في القعر او في جزء آخر مع كون الباقي من الرحم في حالة خود فان النزيف يحصل بدون تفسير ولذلك

قد يحصل تكيس المشيمة او الاقباض التشنجي للرحم مع النزيف في آن واحد
 فالاقباض وان كان في الاول عاما الا ان النزيف قد ينتهي حاله بان يظهر نظرا
 الى ان الفعل الرحمي يوجد فيه تقطع يختلف في الطول والكمال فذلك يشاهد
 في كثير من النساء ان الرحم المتنبه ايضا من تناسج الطلق تنلز بقوة
 اى تنضم لنفسها بعد خروج الجنين حال اقتراب من حصول النزيف
 زمننا ما تختلف مدته ثم تسترخي تدريجيا بعد كل اقباض فيحصل من ذلك
 نزيف شديد كما في مشاهدة للعكيم مورلان ولذا كان من الانصاف اتباع رأى
 انجليي من انه يلزم المكث عند الولادة ساعة او ساعتين بعد تمام الولادة

(العلاج)

الاول وسائط التحريم من النزيف * على مقتضى الرأى القريب للصحة الذى
 ذكرناه لا يكون احسن الوسائط للاحتراس من حصول النزيف هو غريخ
 السرة والخنثلة بملعقة صغيرة من روح النبيذ او ماء الكونيا كما اوصى بذلك
 بعضهم وانما الاحسن ان يوضع على البطن رباط اى حزام يشد قليلا او تضج
 المرأة بعد الولادة حالما يجث يكون رأسها منخفضا جدا بل امر بعضهم بهذا
 الوضع مدة الطلق ايضا ومنع المرأة من ان تفعل ادنى حركة وذكر الطبيب كلارك
 ان هناك واسطة جليلة للاحتراس من النزيف وهى ان تبرد المرأة اى تجعل
 في حالة برد في الزمن الاخير من الطلق وان يكبس على الخنثلة باليد مدة خروج
 الجنين الى ان تدخل الرحم في الحوض وزعم اسبرن ان مما ينفع ايضا تفهقر
 اندفاع الجنين اذا كان الرأس في الخارج ومدح بعضهم لذلك ايضا استعمال
 السائلات الجلدية من الباطن ومدح جلوت منقوع السيل المقرن من وقت
 انفجار الاغشية * قال المؤلف واظن ان الاحتراس الذى ذكره اسبرن وطريقة
 الضغط ينبغي الوفاق بهما وكل منهما لا يمنع استعمال الآخر واما امر به ولير
 من استعمال كمية كبيرة من السيل بعد التخليص لجميع النساء فلا اقول فيه
 شيئا لانه لم يجرب احد عندنا بفرانسا فله

الثانى وسائط العلاج * متى ظهر النزيف استدعى سرعة العلاج

فالوا تقريغ الرحم وحفظها * ينبغي خوفا من بقاء الخلاص في اعضاء التناسل
ان يبادر باخراجه فقد اتفق انه حصل الموت من بقاء جزء منه في الرحم فلذا
ينبغي ان يفرغ باليد وبعد اخراجه واخراج قطع الدم المتجمدة اذ باقى النزيف
بمحيط تعبت منه المرأة ينبغي متى بقيت الرحم رخوة عديمة الفعل اولم تنفع
اللزق الحردلية بين المنكبين ان لا يتوقف في ادخال اليد

ثانيا في هذا العضو فان ذلك احسن من السدادة والشيء المقرن والوضعيات
الباردة وغير ذلك وذكروا موت وبورن ان ذلك أكد الوسائط لازالة تخود
الرحم بل لا يقوم مقامها ما ادعى دونه انه من مستكشفاة المهمة وهو الضغط
على الخلة في جهات مختلفة وان كان لا ينبغي اهمال هذه الوسطة

هذا وليس بلازم ان عدم انقباض الرحم يعقبه النزيف دائما بعد الولادة فقد
اتفق انه بعد اخراج المشيمة التي ظن انها كانت ملتصقة تحقق الطبيب
اجلاسبول ان الرحم مسترخية وغير منقبضة مع انه لم يكن هنالك نزيف اصلا
وجميع ما قلناه في الضغط في محبث النزيف الذي يحصل مدة الطلق يتأتى هنا
خصوصا لذلك استعمال شقروا مع النجاح السدادة كواسطة تابعة
ويستعمل في ذلك ايضا الاسفنج المبتل بالماء البارد او الماء المخلل على الخلة
والقطن والخاصرتين كما امر بذلك بقراط واما اخراج الدم المنصب في الرحم
بواسطة المحس فغير نافع وان اشار به بعضهم

الثاني استعمال الحقن * الحقن بالماء المخلل او الخل الخالص او الماء الجليدي
او بالاكحول او الحمض الكبريتيك او الازوتيك المضعف بالماء بقصد كي او عمية الرحم
وكذا محلول السليمانى وادخال منانة تلاء هو آء او ماء او سائل قابضا في الرحم
نفسها فان جميع ذلك قليل المنفعة ويعرض لعوارض كثيرة وليس باسهل من
وضع اليد ويمكن ان الحقن الباردة او القابضة التي مدحها سابقا جالينوس
وكذا غيره من المتأخرين ليست اهلا لجميع العيب الذي تسببه بعضهم لها ونشك
فيما رآه كروفلييه من انها قد تدخل في الجيوب الرحمية وتسرع في الهلاك
وانما نظن انها تولد امراضا منة كثيرة وبسبب ذلك اهملت

ولما ظن بعض الممارسين ان دم التزيف ربما منع فعل السائلات الدوائية
قال ان الاولى تندي بهض اجسام بهذه السائلات ووضعها في الرحم
فاستعمل بعضهم لذلك اسفنجة تندي بعصارة الليون او بالخل او بديل الاسفنجة
بسداة تندي بذلك والليونة المزال عنها قشرها تكون ايضا من الوسائط
الجيدة كما اشار بذلك بعضهم فاذا ترك ذلك في الرحم احدث فيما تنبها ثم انكماش
مستداما فيكون فعله قويا كفعل اليد

فاذا لم يمكن في الرحم نخود فليستعمل ما ذكر في مجت التزيف عموما
وهي المحولات والمبردات والسداة ايضا التي اذا وضعت جيدا صارت علاجا
قويا ويصح ايضا ان يمس الثدي حتى قال بعضهم ان الطفل اذا مص الثدي
انقطع التزيف حالا وذلك ممكن اذا لم يخفى وجود الاشتراك بين الرحم والثدي
فاذا لم يرد الطفل الارضاع او لم يقدر على مسك الحلمة مسكاً مناسباً بعد الولادة
حالا فليرضعه طفل آخر او حيوان صغير ككلب مثلاً

الثالث ضغط الاورطى * اذا كان التزيف قويا جدا كان لا بأس بالضغط على
الاورطى اعلى عن الزاوية المعجزة القصرية حتى تستعمل واسطة اخرى
فان جدران البطن بعد خروج الجنين حالا تصير رخوة فلا يعسر في كثير
من النساء ضغط الاورطى بالا بهام موضوعة الى اليسار قليلا ومنه ظهرت
هذه الواسطة استعملت كثيرا مع الخجاج ولم يمتد في الضغط ثلاث كيفيات فتم
من يصل للاورطى بتأثير على الرحم من فوق جدران البطن وبهضهم يدخل
يده في الرحم نفسها ليصل للاورطى على السلسلة القصرية وبعضهم يزبل
اتساع هذا العرق باصبعين او بالا بهام او بالقبضة كلها فتوضع على يسار
السلسلة قليلا من فوق جدران البطن مبعدة للامعاء ويضغط بهام غابة
الاحتراس فبذلك ينقطع فيضان الدم الشرياني وينشأ من ذلك تعب في رجوع
الدم الوريدي ويلزم الاحتراس حسب الامكان من ان ينضغط مع ذلك الوريد
الاجوف فاذا حصل هدق في السيلان الدموي حصل تنبه في الانقباضات
الرحمية فترجع حالا ويمكن بعد ساعة او ساعتين ان يزال الانضغط

عن الاورطى يهطى

الرابع الشيلم المقرن * قد مدحوا منذ بعض سنين واسطة اخرى وهى الشيلم
المقرن فقالوا انه يذهب بخود الرحم ويلزمها بان تنقبض فتزيل التصاق الخلاص
فتطرد المشيمة وتمنع النزيف قالوا ولما كان التخليص دأتماسر بها فى النساء
اللاتى استعملن هذا المسحوق المنبه مدة الطلق ولا يكون فيهم معجوبا
ولامعقوبا بنزيف استنتج من ذلك انه قد يكون واسطة عظيمة تستعمل
فى الالتصاق الغير الاعتيادى للمشيمة وفيما اذا عرض نزيف بعد خروج الجنين
ومشاهدات فعه عند المؤلفين كثيرة ولا سيما المؤلف فانه نال نجاحا من استعماله
فى السيلان الابيض الزهرى والسيلانات البيضاء الرجية والانزفة الحاصلة
من تبخير الاغشية المخاطية قال واستعمله ايضا ضد الالتصاق اذا عثرت
عليه ولعدم مشاهدتى له لم يكن عندى الى الآن شئ من نتائج ذلك وظن بعض
الاطباء انه شاهد حصول النزيف من استعمال هذا المسحوق نفسه واقول
فى رد ذلك مما اتفق ان شابة اصيبت بنزيف شديد بعد الولادة مع انى كنت
امرتها قبل ذلك باستعمال هذا الشيلم فاستعملت منه خمسة واربعين قطعة
فى جميع مدة الطلق ومع ذلك نتج من استعمال هذا الجوهر بعد ذلك النتيجة
المراودة وشاهدت ايضا مثالا آخر شربها بذلك فكان ذلك حاملا لى على ظن
ان الشيلم يمكن كونه نافعا عندما يكون النزيف نتيجة خلود الرحم وهذا
لا يحصل فى الاحوال الثقيلة فلا تعتبر نتايجها النافعة الا فى الانزفة اللطيفة
التي تظهر بعد الولادة بمن ما ولتزد على ذلك انه لا ينبغي ان تكون اخطار
النزيف على حسب كثرته فقد اتفق موت نساء به مع انه لم يسلم منهن الا نحو
رطلين من الدم

الخامس حقن الحبل * استعملوا حقن الحبل بقصد تجميل التخليص
المعجوب او الغير المعجوب بالنزيف والمتعوق باى سبب كان وذلك يكون
بان يدفع فى المشيمة بواسطة الوريد السرى سائل قابض او بارد وذكروا چون
انه قبل ان يحقن الحبل بمص الدم الذى يمكن ان يحتوى عليه بمحقنة

ولكن

ولكن قد نجح حقنه عند بعضهم بدون ذلك المص فاستعملوا لذلك
الماء المخلل او ماء النبيذ المحدود بالماء او الماء البارد واتفق في هذه
التجربيات الثلاث التي فعلت بهذه الجواهر الثلاثة ان الرحم كانت
مسترخية خاملة فحصل لها الاتقباض حالا بذلك وانقذت المشيمة وانقطع
النزيف نهايته انه لم يكن هنالك دليل على ان المشيمة كانت ملتصقة
ولان الجذبات المتقنة الاتجاه لم يحصل منها هذه النتيجة * ولا بأس بتجربة
هذه الوساطة في حالة الالتصاق الذي ذكره وفي الخود والزيف اذا استعملت
الوسائط الاعتيادية بدون تقع وقبل ان تدخل اليد في الرحم وقيل هذه الوساطة
مضائق وكما يروى وذلك انها تبسط تينات الخلاص وتورمه وتوتر الرحم
فتنتج نزولا فجائيا في درجة الحرارة وتضايقا في فوهات الاوعية وانقباضا
تختلف شدته ومدح هذا الحقن كثيرون وادعوا انهم نالوا من ذلك نتائج جيدة
وللذي يظهر لئانه ينبغي ان يفعل الحقن بالماء المخلل او مخموم من السائلات
الواقضة اذا كان هنالك نزيف وبالماء البارد فقط اذا كان هنالك خود وبالماء الفاتر
اذا ظهر ان الرحم معرضة للالتهاب

وعلمية هذا الحقن سهلة وذلك انه بعد اخراج الحبيبل الى الخارج يوضع في الوريد
عص حقنة تحتوى على مقدار من ست آواق الى ثمان من ماء مخلل او ماء نبيذ
مضعف بالماء جدا او سائل آخر دوائى يرى مناسبتة وتدفع مادة الحقن بقوة
بحيث تدخل في جميع سمك المشيمة ولاجل منع خروجه قبل حصول النتيجة
يفعل رباط في الحبيبل السرى فعند ذلك حالا يحصل للمرأة تعنى وقولنج
وتقبض الرحم وعضلات البطن وينقاد العنق لذلك فيخرج الخلاص بسرعة
وبعضهم ابدل جميع هذه الوسائط بالحقن بشبه حرارة او نوع ضمادات او قابض
او مرخ او مخوذ ذلك في باطن الرحم نفسه اذا خرج الخلاص ولا يرى ما الذى
يمنع من تقليد ذلك اذ لم يسمح الحال بادخال اليد * ونقول بالاختصار من المهم
عدم اشتباه الانزفة التي تحصل بعد الانكماش الطبيعى للرحم وتكون مصحوبة

بالحمى والعلامات التهججية بالتي تظهر في مدة الاربع والعشرين ساعة بعد الولادة وتكون غالباً مطابقة لعدم فعل الرحم او عدم انتظامه او تضيق ذلك العضو * ومن الجيد ان يميز هذا ايضا الانزفة الظاهرة عن الانزفة الباطنة وان يذكّر ان في الباطنة يمكن ان يكون الدم ممسوكاً في باطن الرحم بالخللاص وبالعنق نفسه ويمكن مثل ذلك ايضاً في المهبل ويظهر ايضاً على حسب مشاهدة الطبيب فور نسيان المادة العملية اذ لم تكن جزءاً من السائل الامنيومي يمكن ان تتكيس مع الدم من اعلى الخلاص النازل عنها الى الاسفل او تكون فيما بين الاعشية وقد استفدنا من المشاهدات ان هناك نوعاً من النزيف ينشأ من احتباس الدم في المهبل وانه قد يكون الماسك له فيه اهداباً من الاعشية كما شاهد المؤلف امثلة من ذلك

السادس نقل الدم من اوemie شخص سليم الى اوردة المصابة بالنزيف * خطر يبال الاطباء المتأخرين ان يعالجوا المرأة المصابة بالنزيف المهلك باذخار دم شخص صحيح في اوردها ~~كما فعل~~ نظير ذلك اطباء القرن السابع عشر العيسوي وكما استعمل هذه العملية الآن يولد التمس الطيب دياقبتك وبفرانس الجراح روس في الهیضة وفي الاكفات الجراحية مع انه لم يحصل منها نتيجة مسرة وبجملته من الاطباء المولدين تعصبوا لاطهار هذه العملية تعصبا قويا فزعم بلنديل انها نجعت معه مرات كثيرة في النساء المصابات بالنزيف وكذا زعم غيره ايضا وصوروا صورة الجهاز اللازم لذلك واشهرها مشاهدات كثيرة فيما نجح هذه العملية حتى قال انجليسي ربا كان عندنا الا ان نحو عشرين مشاهدة * قال المؤلف وتقول ان هذه العملية خطيرة تأبأها الشفقة على الناس فقد شوهد موت المرأة منها فجأة ويمكن ان يكون نتيجة التهاب الوريد على فرض سلامة المرأة وغاية هذه العملية انها اذا استعملت في وقت النزيف لم تمنع سيلان الدم فلا يكون المراد منها حينئذ الاتقليل الدم وتفرغ الاوعية وحصول الانغماء او التشنجات التي تعقب في الغالب النزيف الثقيل * فالتطهرل يقوم دم الشخص الآخر مقام الدم الذي تفقده المريضة بالنزيف وهل الماء القاتر لا ينتج مثل هذه

النتيجة

النتيجة بملئه الاوعية حرور ذلك بميزان عقلك

(المبحث التاسع)

(في التشنجات بعد الولادة وفي التخليص للعمى المضاعف)

الاول التشنجات والاعغاءات المتكررة التي تعرض بعد الولادة يمكن كالنزيف ان تحصل من اسباب مختلفة غير ان الخلاص لما كان وجوده كافيا وحده لاحداث ذلك مكان من اللازم ان يتدأ بتخليص النساء المصابات بتلك الاكفات واما الباقي فيقال فيه كما قيل في التشنجات عموما ومثل ذلك ايضا مجرد الضعف والنهول اللذان يتبعان في بعض الاحيان الطلق المستطيل او يعقبان عوارض اخرى فلاجل ان لا يكون الخلاص تأثير في هذه الحالة يبادر باستخراجه وانما الذي قد يدعى الثاني في ذلك هو الاحتياج لتترك المرأة في الهدوء والسكون او خوف حصول النزيف ما لم يكن هناك عارض آخر وقتي

الثاني لا ينبغي في الحمل المضاعف ان يحرض التخليص الا بعد الانتهاء التام للولادة لان توابع الجنين من حيث انها ملتصقة ببعضها غالبا بل دائما اقوله ببعض اجزاء منها لم يمكن ان يجذب توابع احدهما بدون ان تنفصل توابع الاخر وليس السبب في منع التخليص هو ان هذا العمل يتسبب عنه خلود الرحم او انه يوصل ضرورة الى النزيف كما ظن ذلك بعضهم مؤسسا له على اصل كاذب وهو انه يبقى فوهات واسعة مفتوحة يسيل منها الدم على السطح الباطن للرحم وانما السبب هو ان من الخطر دائما ازالة المجاورات العضوية للجنين بامه قبل ان يتوون او ان اندفاعه الى الخارج نعم هناك حالة لا تجرى على هذه القاعدة وذلك اذا جاء خلاص الجنين الاول من ذاته للفرج قبل نزول الجنين الثاني فينبغي حينئذ الاحتراس من ازالة التصاق خلاص الجنين الباقي

والغالب ان التخليص عقب الولادة التوهمية فطول مدة انتظاره اكثر مما في الاحوال الاعتيادية اذ لم يحرضه الطبيب المولد وذلك ناشئ من كون الرحم يقل في العادة ميلها لرجوعها على نفسها وربما كان ايضا ناشئا من كون الخلاص المزوج عظيم جدا فلاجل المساعدة على ذلك يمكن ان يمسك احد الحبلين

واحدى المشيمتين ويجذب الخلاصان احدهما بعد الآخر وقال مورسوس
ينبغي ان يجذب تارة احدهما وتارة الآخر حتى ينزلا معا لكن الاحسن
والاسرع والا كدان يلف الحبيلان على بعضهما بحيث يكونان كحبل واحد
ويعمل كما يعمل على خلاص واحد والمشيتمان لعدم كونهما في باطن
اعضاء التناسل متساويتين في الهاذاة لا يأتیان للقوه ولا للفرج الامتعاقتين
لانهما يأتیان معا فاذا حصل خلاف ذلك وعسر خروجهما سهل لزالة مثل
هذا الخطر بحيث لا يحتاج لاطالة الكلام في توضيحه ومن حيث ان الحبيلين
قديمين ~~كون~~ بينهما اتصال بلوعية غليظة على سطح المشية ينبغي ان يتحقق
انه لا يحصل نزيف من الحبل الاول عند انفصال الجنين منه فلاجل
ان لا يحصل ادنى خطر من جابه ينبغي ان يسادر بوضع رباط على الطرف
المسمى لذلك الحبل المنفصل لكن من الغلط ان يعتبر هذا الرباط ضروريا لازما
في جميع الاحوال كما اعتبره كذلك بعضهم وما اوصى به ميلوط من وضع رقائده
سميكة على الجزء الخالص من الخنلة وحفظ ذلك برباط مشدود الى ان يخرج
الجنين الثاني ليس كلاما مستهجنا فلا بأس به سيما اذا كان هناك ادنى
تهديد بنزيف او خود

(المبحث العاشر)

(في التخليص في الولادة الكاذبة)

التخليص بعد الاجهاض يكون في العادة اقل بساطة من التخليص بعد
الولادة التسامة الاشهر فالبذرة في الاشهر الثلاثة الاول من الحمل تدفع غالبا
بكاتيها فاذن لا يكون هناك تخليص حقيقي اطلاقا بعد ذلك فياخذ هذا
الاندفاع الكلي في البذرة والصعوبة كلما زادت المدة فيخرج الجنين اولاً وتبقى
خلافاه ولا تخرج الا بعد زمن يختلف طوله والعنق برجوعه لقوته وطوله
الاولين بقاوم ويمانع الحركات الرجمية التي تكون قليلة القوة ولا بد وكذلك
الخلاص من حيث ان مجاوراته وارتباطاته بجوف الرحم المحتوى عليه
تكاد ان لا تتغير لا يتقدم من القوه الرجمية ليدخل في المهبل الا بعسر شديد

وايضاً

وايضاً من المعلوم ان الحبل ضعيف جدا بحيث لا يقبل الاجذبات خفيفة
مع ان احتباس المشيمة بعد الاجهاض لا يكون اقل غما منه بعد الولادة
التامة الا شهر

قال المؤلف ونحوه الرحم واقلابه وان لم يحف منها هنا لكن الاسلام على رأي
ان يبادر بعملية التخلص قبل ان يعطى للعنق زمن ينطبق فيه ما بان يجذب
الحبل بلطف وخفة او بان تمسك المشيمة نفسها اذا امكن باطراف الاصابع
اما اذا طال الانتظار اول يناد الطبيب الابد الاجهاض بمدة فليس عليه
المساعدة اظهار الانقباضات الرحمية فاذا عرضت عوارض لم يتيسر ادخال
اليدين الى الخلاص بسبب انطباق العنق وادنى قوة في جذب الحبل ينشأ عنها
حالات قزحة وهذه الحالة هي التي يجرب فيها استعمال الحقن التي امر بها موجهون
اذا كان الحبل باقيا غير متزق قال المؤلف وانا لا امدح في تلك الحالة
الا الشيل المقرن ومع ذلك اذا ظهرت المشيمة من الفوهة او امكن الاحساس بها
بالاصبع ولم تسكف لانزالها بالاذن باليد فليجهد ايضا في مسكها بمقاطعة
التلف الكاذبة فان لم يمكن يترك اندفاعها للعركات الطبيعية ويعتق
بالاحتراس من حدوث العوارض ويعالج ما عرض منها فيستعمل القصد
والمستحضرات الافيونية والاستجمات العمومية والموضعية والحقن الرحمية
والفاسله في المهبل بل وفي الرحم لا يبال تسليج التعفن وتحفظ المرأة في حجة
قاسية فاذا انضج العنق جذبت اهداب الخلاص اذا جاءت واخترع ميلوط
ملوفاً فصل به المشيمة في حالة الاجهاض غير انه لم يستعمله احد وكذلك عروة
دوجيس التي هي من سلك معدني ومخينة على هيئة كلاب فانه ان كان العمل
يها من غير مهذ بحيث لا يمكن ان تصاحبها اليد كانت غير نافعة وخطرة
فاذا امكن معها ادخال الاصابع في الرحم كانت تلك الاصابع هي النافعة
وغيرها زائد لا حاجة اليه

وهذه الاحتراسات قد تكون احيانا غير نافعة فاذا انطبق العنق بسرعة بعد
خروج الجنين جاز ان تبقى المشيمة في مكانها طويلا في الرحم بدون ان تعفن فقد

شوهة من النساء من لم تزل مشيمة سقطها الا بعد سنة او سنتين ومنهن من سحلت
من جديد وقت اشهر حملها وخلصت في آن واحد من الخلاص القديم والجديد
والغالب ان يشاهد في هذه الحالة ايضا امتصاص الخلاص امتصاصا حقيقيا
او ظاهريا ولكن الاغلب ان الاغشية والمشيمة تدفع قطعاً وكتلة في مدة
الاسبوع الاول التابع للاسقاط او تنجذب تدريجاً مع النفاس او بواسطة
الحقن ومن المعلوم ان هذه التعسرات تكون اكثر حصولاً وعدداً كلما كان
الاجهاض اقرب لوسط الحمل وتكون اقل واسهل قهراً كلما زاد القرب
للزمن الطبيعي للولادة

(خاتمة)

ذكروا ان التخليص قد يكون كاذباً اى مصطنعاً بان تدخل امرأة ليست
بحامل اصلاً في مهبلها مشيمة باغشيتها وعند المؤلفين امثلة من ذلك
قال المؤلف وقد شاهدت ذلك في بنت فعلت ذلك وحشت المهبل بخرق نوره
انه حصل لها ولادة تامة بعد ان ادعت الحبل مدة تقرب من ثلاث سنين

(الكتاب السادس)

(في نوايع الولادة)

خروج الخلاص واستخراجه هو المتم للولادة الا ان يبقى علينا ان نبحث
عن الجنين المولود واهه ونوايع الولادة فيكون هذا الكتاب مشتملاً على مسألتين
متميزتين عن بعضهما احدهما تتعلق بالجنين وثانيهما تتعلق بالام

(التعليم الاول)

(في الاحتراسات التي يستدعيها الطفل المولود)

الاحتراسات التي يستدعيها الجنين بخروجه من بطن امه تختلف باختلاف
الحالة التي يولد عليها بحسب كونه سليماً او مريضاً

(الباب الاول)

(في الطفل حالة كونه سليماً)

بداية الجنين حياً جيد الصحة وعرف ذلك بصياحه وحر كانه لم يكن

على الطبيب المولدا لتهيئته تهيئة مناسبة بين رجلى امه ثم يشتغل بالحبل
السرى لا غيره فحين خروج الطفل من القرح يوضع بالعرض على جانبه ووجهه
ملتفت جهة اسفل السرى بين نخدى والدته فهذه الكيفية يمكنه ان يتنفس
ولا يجتنى عليه خطر الاختناق من المواد التى تخرج من المهبل فيخلص من
عرى الحبل اذا كانت ملتقة على جسمه ومن اهداب الاغشية التى قد تجذب
معه ومن المادة المخاطية التى قد تسدغه وحلقه وبعد ذلك يشتغل بربط الحبل
السرى وقطعه

(القسم الاول)

(فى ربط الحبل وقطعه)

كان فى زمن بقراط لا يقطع الحبل الا بعد التخليص اى نزول الخلاص
فاذا تنوع خروج المشيمة بنفسها قليلا يوضع الجنين على صوف او نحوه ليؤثر
قله شيئا فشيئا فى تلك الاجسام يبطئ فتبط تدريجيا فيجذب الخلاص بذلك
الى الخارج بدون اى تعانة بشىء آخر قال ارسطاطاليس اذا لم تأت المشيمة
حالا يربط الحبل ويقطع لينفصل الطفل منه وعلى هذا رأى فورتيير وقال
دوكتيرا ايضا استخراج المشيمة قبل ان يقطع الحبل واماديونس فكان تارة
يقول بهذا رأى وتارة يقول بالآخر فاذا لم يستدع الخلاص الا بعض جذبات
خفيفة حتى يجذب لم يقطع الحبل الا بعد التخليص فاذا احتجج للتفتيش عليه
بالدرا تبع عكس ذلك وبعضهم خوفا من الزيف امر بالتفتيش على الخلاص
قبل القطع وجرى على ذلك جلموس ايضا فانه قال يوضع الجنين قرب النار
ويوضع مشيمته على بطنه لتقوى حيويته قال المؤلف والذي يظهر من اول
وهذا ان رأى القدماء اقبل للعقل واولى للصحة من رأى المتأخرين فان الظاهر
ان المشيمة تتبع الطفل حالا واقبله انها تفصل من الرحم قبل ان يحتم رأى بقطع
الحبل وانه يلزم قبل ان يقطع ان تأخذ دورة الدم فى الوصول تدريجيا الى الحالة
الجديدة التى لها نسبة وشبه بدورة الدم فى الكبير البالغ لكن اذا نظرنا الحقيقة
نجدها ان العمل الذى عليه العلماء الان ليس فيه خطر للجنين ولا لامة فيكون

هو الاحسن يميناً وان اعترض عليه اعتراضاً واحياً بل هذه الطريقة غير
طبيعية لانها متبعة في معظم الحيوانات نفسها التي تمزق حبل جنينها
كلما اخذ في الخروج وكما انه لا يلزم انتظار حصول التخليص ~~هــ~~ ذلك لا فائدة
فيما اوصى به دائماً وغيره من انه لا يقطع الحبل الا بعد انقطاع الضربات
منه ثم انهم عموماً لم يتفقوا اهل الذي يعمل اولا القطع او الرباط
فاذا ابتدأ المولود بالرباط التزم ان يفعل تحت القطع وعلى سرير الطلق بحيث
لا ينسحل البحث في السرة وترك واسطة امكان لتخليص الاحشاء من الدم
الحاقن لها احياً واذا حصل التنفس صارت الدورة المشيمية غير نافعة بالكلية
اما اذا قطع الحبل قبل ربطه فانه يتيسر الذهاب بالطفل للموضع المناسب له
ومراعاة اذا كان مريضاً والبحث فيه مع غاية ما يراد من الاتباء ومع ذلك ينبغي
ان يعترف بأنه اذا لم يكن في الطفل شيء مخصوص يستحق الاتباء لم تكن احدى
الطريقتين في الحقيقة انفع من الاخرى الا بشئ يسير وللطبيب ان يختار منهما ما
يراه حسناً ودون ان يؤثر ذلك شيئاً في النتيجة الحقيقية للعمل

(الفصل الاول)

(في قطع السرة)

محل القطع اصطلاحى فعلى رأى جلوس وغيره وما تختاره مجاز النساء يلزم
ان يقطع طويلاً في الصبيان وقصيراً في البنات وقال دولورى يحفظ منه من
سبعة قراريط الى ثمانية ليتيسر تجديد الرباط اذا احتجج اليه انتهى فاذا قطع
لاربطة قراريط او خمسة من السرة من غير اعتبار بعد اقرب للشيمة فذلك
لاجل ان يتيسر فعل الرباط بعينه عن البطن بمسافة ما ولا يحصل من حجم
الباقى من الحبل عائق لذلك ويتبع ان يستعمل لهذا القطع اى آلة فاطعة
~~هــ~~ كانت فاذا اختير ذلك مراض فذلك لانه تسهل من المشرط ثم ان الالة
الصادئة وان لم تولد منها عارض مخيف كالتي تنوس مثلاً وان ظن ذلك بعضهم
الا ان من المعلوم انها لا تستعمل الا فيما اذا لم يكن هناك ما هو احد واسن منها
ومن جهة اخرى ليس هناك المنفعة في تمزيقه اورضه اى هرسة وقطعه بمفشار

كما اوصى بذلك بعض المؤلفين اتباعا في ذلك لما يقرب الحيوانات ذوات الاربع
 حتى وان اريد الاستغناء عن الرباط
 فاذا قطع الحبل ينفي ضغطه بين الابهام والسبابة اذا كان في الدم ميل
 للسيلان ويحفظ مؤخر الجنين بالاصابع الثلاث الباقية وتوضع اليد الاخرى
 تحت منكبيه وقفاه ثم يبعد عن سرير الطلق ويوضع في العادة على ركبتي شخص
 يحفظه وحينئذ فيمكن ان يبحث فيه برواقه وخلوبال وقبل وضع الرباط ينفي
 ان يتحقق انه لم يكن مع الحبل شيء من العري المعوية يخرج من السرة وانه ليس
 هنالك فتق سري فاذا كان هنالك فتق يجهد في رده وادخاله اواقله ان لا يدخل
 في الرباط الذي يفعل في الحبل كما وقع ذلك مرارا والمثانة ايضا قد تحتنق
 اذا امتدت الى الحبل ولذلك العارض ينسب بعض النواصير البولسية
 الخلقية في السرة

وفي زمن ارسطاطاليس وفورنيير كانت عادة القوابل ان يدفعوا البطن الحسني
 الدم الذي في الحبل قبل ان يرضوه وزعموا في ابتداء هذا القرن انهم بهذه
 الوسطة يعطون القوة والسدة للاطفال الضعيفة ورأى سوسروت انه يلزم
 دفعه نحو المشيمة قبل ربطه ورأى آخرون ومنهم رؤساء اطباء العرب كالرازي
 عكس ذلك اي انه يلزم اخراج هذا الدم مع احتباس كبير لان يدخل الى البطن
 ومن اللازم ايضا ازالة ما هو كالمادة المخاطية او اللينفا المندية للحبل بان يمر عليه
 بالاصابع عارية او ملطقة بخزقة لانهم نسبوا الاحتباس هذه المواد خاصة انتاج
 الجدري وقصور الرأس السعفية والتينوس والتشنجات وظن لوفريت
 ان بازالة هذه السمات ثلاث يجتري من يرقان الممرودين اقله اليرقان الشبيه بالكدم
 لكن هذا الرأي غير قوي فلا حاجة لنا باطالة الكلام في معارضته

(الفصل الثاني)

(في رباط الحبل)

اماربط الحبل فاشار دولا موت وجلوس بان يفعل بعد قبضات من البطن
 ولوفريت ودوقتيير بعد اصبعين من اصابع اليد وقيل ثلاث او اربع او خمس

اوست بل واثني عشر من البطن اقوال والعمل عندنا على اربع او خمس و اشار
بعضهم بعمل رباطين ويكون اقربهما للبطن اقل شدا من الآخر ثم تارة
يوصون بشده جدا وتارة بقله شده ومنهم من اكتفى بقله واحدة وعقدة بسيطة
ومنهم من قال بلفنتين وعقدة مزدوجة وقال ديزرموس وبلانك تفعل اول اللفة
وعقدة ثم يثني الحبل على هيئة عروة لتفعل عقدة ثانية وقال دولوري يقطع
الحبل حالا بدون ربط ثم تعمل ثلاثة اربطة متباعدة عن بعضها ودانمان قال
برباطين لكن بعد ثلاثة اصابع من السرة وبربوت وضع رباطا بعيدا عن السرة
بخمسة اصابع اوستة من اصابع اليد قبل ان تخلص المشيمة من المرأة ورباط
ثان بعد ذلك باربعة اصابع ليقطع الحبل بينهما والجراح مرتان لما شبه الحبل
بالشريطين المريضة التي يراد انسدادها بعد الولادة وان كان هذا التشبيه
غلطا قال انه يؤخذ حبل مبروم لامسطح ولا بد ان يكون الربط بعيدا عن البطن
بمسافة بحيث لا يكون الطفل معرضا لخطر وضع الربط على حوية الاغشية
المجلمة التي تتقدم قليلا على اصل الحبل وهناك من لم يستعمل الا شريطا
من خيط ومنهم من استعمل كل ما وجدته ثم يسأل ويقال هل هذا الرباط
ضروري ام لا

نقول لا يربط هذا الحبل عادة في حيوان من الحيوانات غير البشر فاذا شوهد
بالتدقيق ما يحصل بعد الولادة وجد ان الضربات الشريانية تضعف ثم تزول
حالا بالكلية من الحبل مبدا ذلك الضعف من المشيمة ويمكن بعد بعض دقائق
ان يقطع بدون ان ينتج منه اذى نزيه وهذه الظاهرة العظيمة الاعتبار التي
تنسب لتغير اتجاه الشرايين الحرقفية وللتعب الذي يحصل للدم في مروره
في الاورطي من القنطرة الشريانية وفي الحبل من الشرايين السرية تحصل
دائما اذا حصلت تلك الاشياء على حالتها الطبيعية وتنشأ في الحقيقة من كون
القوة الجاذبة للمشيمة تبدلت بقوة عضو التنفس اى الرئة ومن كون الخلاص
صار جسما حامدا لا فعل له خاليا من الحيوية وان للدم تركه كما يتولد طرقا
مغفرا او شحنا محتقنا وهذا امر غريب خارج عن كل تغير ميكانكي

في انتظام

في انتظام الاوعية بحيث انه كما قال ويرال اذا فتح بطن حيوان عند نهاية تمام اشهر حمله شوهد ظهور ضربات الحبييل وبشأوها مادام الجنين حيا بدون تنفس وتنقطع متى دخل الهواء باطلاق في الرئين وقد شاهد بكلا ر مثل ذلك في السكلاب وشاهد المؤلف في النوع البشري جنينا كانت مدة حمله ستة اشهر وهو ملفوف باغشية وبقيت شرايينه السرية على ضرباتها بقوة مادامت الاغشية غير متفجرة ثم سقطت في الجنود حينما لامس الهواء الخارج الرئين والصدر وحصل بعض حركات تنفسية ومن الذي لم يشاهد ايضا سيلان الدم ووقوفه من ذاته في الجنين الواحد على حسب ككون تنفسه خالصا او متعطلا

ومهما كان توضيح هذه الظاهرة اذ اترك الحبييل ونفسه بدون ربط فالغالب ان الجنين لا يكون معرضا لشيء من الانزفة ولا من العوارض بل ولو قطع او تمزق بدون ربط وامثله ذلك عند المؤلفين كثيرة وتجربياتهم في ذلك واضحة تؤيد ما قلنا حتى ان بعضهم نسب التينوس الذي يحصل للمولودين جديد الهذا الرباط لكن من حيث انه قد يحصل عكس ذلك وانه يكفي ان يكون الصدر منضغطا جدا حتى يتعب فعل بعض الاعضاء بحيث يكدر الدورة العامة ويسمح للدم ان يتخذ من السرة وانه ذكر ان اجنة ما تو بالانزف في خرة هين لان الحبييل كان ردي الربط وان الرباط لا يحصل منه خطرا صلا ولا يكون فيه تعسر ينبغي ان لا يترك ذلك الربط بل يلام على من تركه حتى اثبت دانيال ان تركه خطر دأما حتى بعد التمزق وذكر مورسوس ان ارتخاء الربط سبب نزيفات منه الجنين بعد يومين وذكر غيره نظيره ذلك ومات الجنين بعد ثنتي عشرة ساعة وبالجملة فهناك امثلة كثيرة تثبت منفعة الرباط

ثم ان الحبييل السري سواء ربط اولم يربط لا بد وان يتفصل من البطن من محل واحد اعني من محل اتصاله بالجلد بعيدا عن سطح البطن ببعض خطوط * قال المؤلف وانا اكتفي دائما بان افعل اولافعة واحدة واشدها كفاية بعقدة بسيطة لتسد بذلك الاوعية ثم اذهب بطرفي الخيط الى الخلف واصالهما

هناك لا تأتي بهم الى الامام واثبتها بعقدة من دوجة اشد هازيادة عن الاولى
وانما التزمت تلك الطريقة لانهم بسيطة وما حصل عقبها من عارض اصلا
لكن اذا كان الخيط غليظا فعلت ما قاله ديرزموس وبلا نك زياذة التأكيد
اي اقلب الحبل بعد العقدة الاولى على هيئة عروة لا دخله في لفة ثانية للخيط
وبعض الممارسين وضع ما عدا ذلك الرباط رباطا آخر على الطرف المشبي
للحبل حذرا من حصول النزيف من جهة المرأة كذا قالوا لكن اذا تم ذكر
ما قلناه في الاوعية الرجعية المشمية علمت ان هذا الاحتراس عديم النفع
والفائدة ولا ينفع الا في حالة التوممين بل يلزم ايضا ذلك فيهما ان تكون اوعية
احدى المشيتين متصلة باوعية المشية الاخرى كما شاهد ذلك بعضهم * وذكر
هيلي ان ربط الطرف المشبي في الحبل البسيط غير نافع وواقعه على ذلك الطبيب
لوسوان مع انه يقول ان هنالك اتصلا حقيقة بين الام والجنين وميلوط القائل
بذلك ايضا ذكر ان ربط الطرف الرحي من الحبل يعين على تخليص المشية
بمسكة الدم فيها فتحقق فيظهر فعل الرحم بسهولة عظيمة واما من جهة
التوممين فقد شوهد مجيئهما حينين وبينهما عناية ايام مع انه لم يربط طرف
الحبل في المولود الاول وكذلك في توممين آخرين بينهما تسع ساعات بدون ربط
وبدون نزيف فقد ظهر لنا من المشاهدات ان الرباط ليس لازما لهما ما عدا
الحالة التي ذكرناها وهي نادرة جدا واتفق في ولادة ثلاثة توأم ان الطبيب
كلومبوس تحقق عدم النزيف رأسا من الطرف المشبي للحبل مع ان الطبيب
صار يقطع حبل كل جنين خرج وجاءت الثلاثة احياء

(القسم الثاني)

(في تنظيف الطفل)

لا حاجة لتساقبنا نشتغل هنا بان الذين سبقونا هل كانوا يبلون الطلاء المدهن
للذي يغطي جلد الجنين عند ولادته ولا يزيلونه ولا ان نجث في ان هذا الطلاء
هل هو نتيجة افراز دهني كاهوراي ريشران ومعظم القسيولوجيين الا ان
لانه وسوب من بعض العناصر الموجودة في المياه كما قال بذلك الاطباء

الكيمياء ويون وكما هو رأى فوق كين وانما نقول مخالفين لدبورى وغيره ان الانقاع
ازالته واذا كان قصد الطبيعة ابقاءه فلابد ان يتركه الغنى والبقر و **ك**ثير
من الحيوانات عن اجتنابهم مع غايه الاتيه وقت ولادتهم نعم نعلم انه اذا ترك
لم يحصل منه اخطار ثقيله وانه يزول بنفسه بعد بعض ايام يعلوقه بالثياب
او يسقطه مع البشرة الحامله له حين يتعري عنها الجلد فى الاسابيع الاول
من الحياه ولا ترى ان لوجوده تاثير اعظمى فى تولده فشور الجصمة السفعية التى
تصيب الرضع وتسمى بشور اللبن ولا فى غير ذلك فموجب ذلك لا يلزم ازاله
جميعه بالكلية بحيث لا يترك شئ منه اصلا كما انه لا ينبغي ان يترك الا فى المحال
التي يكون التصاقه بها متينا بحيث تعسر ازالته منها

فاذا سمح الجنين بحرقه بحيث لم يحك جلده بها احتسكا كقوينا طويلا مكررا
خوفا من حصول خطر بذلك كما يحصل احيانا كفى ذلك لكن لا بد وان يبقى من
ذلك الطلاء شئ فى محال مختلفة من الجلد وليس من الحسن الناجح ان يغمس
الطفل فى حمام من ماء فاتر الا اذا كان ذلك ماء لعابيا او صابونيا وينبغي
اولا ان يحل ذلك الطلاء بقليل من زبد طرى او زيت او جسم دبق او شحم
حلوم من اى نوع كان والا حسن من ذلك مح البيض فان ذلك يصيره قابلا
للمزج بالماء واذا استعمل لذلك ماء قليل الصابونية فلا بأس ولا خطر فيه
غير ان غيره احسن منه والمحال التى يوجد فيها هذا الطلاء الدسم **ك**ثيرة
هى ثنيات الاطراف والرأس والعنق فاذا انفصل جيدا عن الجسم نظف ذلك
الجسم بلطف بحرقه جافة وبعد ذلك يمكن اتمام التنظيف بان يمر على الجلد مرورا
لطيفا باسفنجة طرية مبلولة او بالماء فاتر او ماء ممزوج بقليل نبيذ ثم بها جافة
ليخلص من الدم وغيره من المواد الملوثة له واما ما امر به ديونس من الغسل
بالنبيذ الاحمر فاقله انه غير نافع * قال المؤلف ومن الناس من يقول بفسه من
الجنين كله فى حمام ولا ادري لاي شئ يرفض الطبيب المولد ذلك اذا رضى اهل
الجنين به واني اذا اهماته فاذا لا تكونه يستدعى طول ولا يستحق الاهتمام
بلذى نسبه له بعض المولدين * ولا ادري ايضا كيف اتصر بعض المؤلفين

لاصطلاح القبائل القديمة الجرمانية والبريطانية والاغروفلندية وغيرهم
 حيث اوصوا بنغمس الطفل في الماء البارد او الجليد بل تقلبيه ايضا في الثلج
 بعد ولادته حالا كما يظهر ان ذلك مستعمل ايضا عند الموسقويين مع ان قوة
 بنية هؤلاء القبائل انما هي ناشئة من تدبير اغذيتهم وممارستهم للاعمال المتهكمين
 فيها فاذا لم يشاهد فيهم اطفال ضعاف رفاق فليس ذلك لكون الاستحمام
 البارد لهم افادهم قوة وصحة جيدة وانما السكون الاطفال الضعاف فيهم
 لا يلبثون قليلا حتى يموتوا واما الاطفال الاقوياء فيقاومون ذلك ويتحملونه
 كيف وقد علم من بحث بعض العلماء ان مزاج الهواء البارد المستولى
 على البلاد الباردة يزيد في موت الاطفال المولودين جديدا ولقد كان هذا العمل
 دليلا طبيعيا عند القبائل الذين لا يريدون في جمهوريتهم الا اناسا اقوياء
 ويعتبرون ان ضرر الضعاف عندهم اكثر من نفعهم فيعملون هذا العمل لاجل
 ان لا يعيش لهم الا الاقوياء واما عندنا الا ان معاشر البلاد المتقدمة فان الرجال
 الاقوياء ليسوا وحدهم هم الذين يقومون بالاعمال المهمة ولا يسامح لنا
 في ان نهمل حياة شخص مادامت فيه اماراتها وان جميع الاطفال سواء كانوا
 اقوياء او ضعفاء متساوون في المراجعة والحفظ من اقربائهم ومن المجامع
 البشرية

ثم ان الاستحمامات الدوائية والكورالية والمقوية التي كانت تستعمل في زمن
 ابن سينا وفوزنير يظهر لنا انها قبيحة غالباً فان كانت قوية كان فعلها انها
 تزيل من الجلد رخاوته وتذهب حركة انبساط السائلات وربما ولدت عوارض
 ثقيلة جدا فان كانت تلك الاستحمامات ضعيفة كان اقل ما فيها انها غير نافعة
 ولا تستعمل الا اذا احتيج لان ينبه الطفل تنبيهاً عاماً لتنطبع في وظائفه
 الضعيفة قوة عظيمة ففي ذلك لا تأمر الا بالغسل والاستحمام بالماء الفاتر لا غير

(القسم الثالث)

(في تقميط الطفل)

الطفل بعد ان يغسل ويحجف يستدعى ايضا بعض احتراسات فينبغي

ان الطبيب

ان الطبيب المولود هو الذي يتولى اول لبس له ويراعى خصوصاً وضع رباط البطن
 ورفادة الحبل وشكل هذه الرفادة بالنظر لاذاتهم اقليل الاهتمام قد كبروا لولا انها
 تزوج اى تنفى بجميع حافتيها على بعضهما ويقرض من حافتيها المثنية بالمقرض
 في مرة واحدة نصف هلال عيمى ثم يشق احد نصفها مبتدأ بالشق من هذا
 الثقب الحاصل من القرص الى حافته الخالصة ثم يوضع جند الحبل اى اصله
 في التقوير الناتج من ذلك وجزؤها المصمت اى الغير المشقوق يبقى من الاسفل
 ونصفا جزئيا المشقوق يقبلان وبصالبان من الامام ويعمل في اخرى مثل ذلك
 ويوضع الكل على الجزء العلوى الايسر للبطن وذلك احسن من اليمين بسبب
 وجود الكبد ثم تؤخذ رفادة ثانية مسترخية مربعة تقطى الاولى ويحفظ الكل
 برباط عرضه من ثلاثة اصابع الى اربعة وطوله يكفى لان يلف على البطن لفة
 ونصف لفة ويثبت ذلك الرباط فهو احدى الخاصرتين بد يوم لافى وسط البطن
 فبذلك لا تحصل منه الاخطار التى نسبها لبعض الاشخاص وليكن ذلك الرباط
 بين الشدة والارتخاء فانه اذا كان مشدودا كان مؤذيا وان كان مرتخيا انزلت
 من محله وصار غير نافع وهذا الجهاز الصغير الذى غايته التحرس من انجذاب
 الحبل وملازمة ملاسته للجلد يلزم ان يحفظ الى سقوط الحبل بل ينبغى
 ايضا البقاء به بعد ذلك بعض ايام او اسابيع بل اشهر اذا كانت السرة بارزة جدا
 او خيف حصول الفتق السرى والغالب فصل الحبل من السرة في نحو اليوم
 الخامس لكن هناك اطلاق يتفصل منهم في اليوم الثانى وفى آخرين لا يحصل
 ذلك الا فى التاسع او العاشر والخفاف يتبدأ فى الطرف الخالص كما شاهد ذلك
 بليار واورفيل والمادة اللينة التى تدبى تحت فتق على الاوعية فتصير هذه
 كانتا مختلفة بالبرية كما ظن ذلك غرديان فترجع تلك الاوعية الى عنق
 يأخذ فى الدقة تدريجا ثم تلبث قليلا حتى تفصل عن الاجزاء الحية فاذكره
 المؤلفون من الغنغرينا والتضيق والالتهاب والتعفن وغيرها انما هى ظاهرات
 عارضة لا سبب لسقوط الحبل واذبقى بعد سقوطه جرح صغير التهم من
 ذاته عادة في اليوم الثامن الى الثانى عشر واما المراهم والمياه التى تأمر بعض

القوايل بها لاجل سرعة التحامه فغير نافعة بل تنج نتائج مخالفة لذلك وانما
يكفى بتغطيته بخرقه جافة رقيقة او ان يرش عليها قليل من الدقيق او من
مسحوق اللينكوبود

وقبل ان الحبل بما ذكرنا تشرع القابلة في لبس الجنين وتغطية رأسه
وذراعيه وصدره * هذا وقد هجر الآن في الاوربا ما يسمى بالقماط الذي لم يرزل
الى وقتنا هذا مستعملا في بلادنا فترجو من الله ابطال هذه العادة القبيحة من
تلك البلاد كما بطلت من بلاد غيرنا وكاد ان لا يكون لها ذكر فيها مع ان بعض
الاطباء السالفين مثل لوفريت وغيره ذكرها وشرحها فكنت نجد الطقل
المقنط غير متحرك كانه قطعة واحدة بحيث يكفى لرفع جلته ان يؤخذ
من قدميه ولقد تغيرت هذه العادة الرديئة في بلاد الانكليز تغيرا كليا بحيث
صاروا يستعملون الآن فسطانا طويلا على هيئة كيس من صوف ناعم يتخدم
ذلك عندهم بمنزلة قماط الطفل واما في فرنسا فيلبسونه ايضا زبونا اى صدر يا
صغيرا من الصوف ثم يياطر يا ثبت من الخلف بدبايس ثم يلف بخرقه من
قماش واخرى من صوف او قطن ويصعد بهما الى الابطين ويكونان بحيث
يحيطان بالصدر رلقة ونصفا ويتصالبان من الامام في جميع طولهما ثم يثنى
الطرف منهما ليصل الى الجزء العلوى من الصدر ويذهب بزوايتهما الى الظهر
حيث يثبتان هنالك ايضا بدبايس * وبالجمله جميع ذلك مفوض امره للنساء
وسيمما المتيقظات لرعاية المرضى اكثر من الاطباء وانما اللازم ان يكون الطفل
في راحة سهل الحركة وان تكون الحرق المحيطة به مسترخية ويمكن ان تحفظه
في حرارة مناسبة ولا اعتبار بشكلها ولا بطبيعتها ولا بكيفية وضعها
وانظامها وما زاد عن ذلك فتهلق باغراض عائلته والحاضر ين عنده

(القسم الرابع)

(في الارضاع)

اذلزم ان يرتضع الطفل من امه فله تعطه الثدي بعد الولادة بأسرع وقت ممكن
اما اذا ارى ارضاعه من غير امه فيمكن ان يمكث اربع او عشر من ساعة بل سنا

وثلاثين

وثلاثين لا يأخذ في الماء الهني بالسكر او ماء الشعير المخلوط باللبن ولا يعطى له
 ما كان يامرون به سابقا اعني ملعقة صغيرة من شراب الهند يا وزهر الخوخ
 في زيت اللوز الحلو الا اذا لم يخرج منه العقي في اليومين الاول او الثلاثة
 واما ارضاعه الصناع فينبغي ان يختار له من الوسائط الارباق الصغيرة
 ذوات الطاسات الخفيفة للعالم دابوس ويختار له ايضا لبن البقر الجيد وينبغي
 ان تكون المرضعة القريبة ممرآة او ممرآة سنجابية بلون القسطل لا شفرآة
 وان تكون قوية طيفة الاخلاق ودود مريحة عمرها من عشرين الى ثلاثين
 ويكون زمن لبنها متقدما قليلا عن زمن لبن الام ولئذ كلك كلمات في تشریح
 عضو الرضاع تبجيما للقائدة

(الفصل الاول)

(في تشریح الثديين)

الثديان عضوان غديان تابعان لجهاز التناسل معدان لاغراض اللبن والعمل
 المهم للثديين وصل ارباب علم الحيوانات ان يجعلوا في رتبة واحدة جميع
 الحيوانات التي لها جهاز ارضاع ويسمونها بذوات الثدي والصفة الخاصة
 لهذه الرتبة هي ان يقال لها ذات ولداي انها تلد اولادا خلاصة من اغشيتها
 الجنينية وهي مقابلة لذوات البيض مثلا ثم ان الثديين يوجدان في الذكور
 وفي الاناث غير انهما في الذكور في حالة نشأة وضمور وعلو في الغالب اثنان
 ويندر وجود ثالث واما ما فوقهم ففوق ذلك فانما هي في الغالب حلقات او كمل
 من منسوج دهني وهما موضوعان على الجزء المقدم العلوي من الصدر
 واتساعهما عرضا في النوع البشري يعين على نموها واما بقية الحيوانات
 فتشغل الاندأ فيها القسم البطني ثم هما على جانبي الخط المتوسط في محاذة
 المسافة المحصورة بين الضلع الثالث والسابع قال بلونارك وانما وضعها هكذا
 قرب الجزء العلوي من الثديين ليسر للام معاتقة ولداها وحفظه عندما ترضعه
 وحجمها صغير جدا في الرجال مدة حياتهم وفي النساء الى وقت البلوغ
 ثم ينحصر فيهن من هذا الزمن بحيث يكون هنالك نسبة بين نموها ونمو اعضاء

التناسل ويزيد حجمهما ايضا مدة الحمل كما قلنا ذلك فيما سبق ولا سيما بعد الولادة
ثم يضران في سن الشيخوخة وقد لا يكون حجمهما في بعض الشابات متناسبا
لبنيتهما ولا لقوتهم ولا لمزاجهن وكذا العكس اى لا يندران تشاهدا نساء
فخاف مساولات ذات اداء عظيمة الحجم ولا ينبغي ان يشتهه عليك عظم الحجم
الذى يكون في الغدة نفسها بما يكون في المنسوج الدهنى فلذا ليس دائما عظيم
الحجم هو الذى يجهز لبنا كثرا قد يكون العظم من نمو المنسوج الدهنى
مع كون الغدة صغيرة والغالب ان الثدي الايسر يكون اعظم من الايمن
وشكلهما كنصف دائرة تعلوها تسمى الحلمة والجلد المغطى للثديين رقيق
وتوجد حول الحلمة هالة وردية في البنات الصغار ومسكرة في اغلب النساء
اللاتى ولدن اولاد او فيها خشونة ناشئة من كثرة الغدد الدهنية التى تفرز
مادة شمعية لحفظ الثدي من تأثير لعباب الطفل تأثيرا مهيجا وحرقه مر جاني
وغيره مشاهدة خروج لبن منها لكن اذا لم يكن هذا غلطا يلزم ان نقول ان ثمة من
القنوات اللبنية انفتحت في جانب غدة من تلك الغدد الصغيرة ولون الحلمة
وردى او اسمر وهى خشنة وقابلة للاتصاب وكل من شكلها واقطارها يختلف
باختلاف الاشخاص فتكون اسطوانية او مستديرة او قصيرة بحيث لا يتيسر
للطفل مسكها ابشفتيه وفي هذه الحالة الاخيرة تكون ايضا منبججة ويشاهد
في مركزها انقباضات كثيرة وانخفاض واحد تنفتح فيه القنوات اللبنية
بفوهات كثيرة ويوجد في الحلمة ايضا عدد كثير من اجرة دهنية تكون
على هيئة حبات يحفظ المنقرض منها الحلمة من السخ الذي قد يحدث من مص
الطفل ومن لعبه

تركيب الثديين يدخل في تركيبهما نوعان من الاصول الاول منسوج الغدة
الثديية والثانى المنسوج الدهنى
الغدة الثديية اذا خلصت من الشحم المنغمسة فيه تكون على شكل كتلة
مفرطحة من الامام الى الخلف سمكية في مركزها اكثر من دأثرتها التى هى
مشردمة بدون استواء غير انها محدودة متميزة من الانسجة اكثر من الوحشية

وقاعدتها مفترجة فيما تقعر يسير وتستند على العضلة العظمية الصدرية
وقد تستند احيانا من الوحشية على العظمية السفلى وهناك صفحة ليفية
متصلة بالصفاق السطحي تفصلها عن هذه العضلات التي لا تنضم بها
الا بواسطة منسوج خالوي مصلي متخلخل جدا وذلك هو السبب في كونها
عظمية التحرك والسطح الجلدى للغدة غير مستو محفور بخلايا ملوثة بمنسوج
دهني يستردم التساوى الذي في ذلك السطح وهذه الغدة بالنظر لمنسوجها
الخاص اكثر كثافة من منسوج اغلب الاعضاء الغددية فينبغي دراستها
في مدة الارضاع وخارج مدة الارضاع

في خارج مدة الارضاع يكون منظرها كنسوج ليفي مندمج جدا مبيض
اللون منقسم الى فصيصات غير متساوية تشبه بعض الاورام الليفية التي تنشأ
في الرحم ولا توجد فيها الهيئة الحبيبية المخصوصة بمنسوج الغدد بكيفية
محسوسة وفي مدة الارضاع تظهر الهيئة الحبيبية فتشاهد تلك الحبوب
حسبا قال كروفليير منضمة الى عناقيد صغيرة او فصوص مسطحة موضوعة
على بعضها وتذهب من كل عنقود صغيرة دافعة تعرف بلونها الابيض
ويسهل حقنها وتحصل من انضمام عدد كثير من اصول مناسية في العدد
الحبوب الغددية قال هذا المشرح الماهر ولقد شرحت مع غاية الاحتراس ثدى
امرأة كانت ولدت عن قريب وكان منسوجها الخلوي الضام للحبوب الغددية
مرشحا بمصل واصيدت الغدد نفسها بذلك الارتشاح ايضا فرأيت القنوات
البنية محتقنة بلبن متجمد مصفر ورأيت الحبوب كان بعضها منعزل ذو عنق
وبعضها متراكم على بعضها على هيئة عناقيد منتظمة او غير منتظمة ورأيت
احدها العناقيد بهيئة دائرة ويخرج من حبوب هذه الدائرة قنوات دافعة
تتجه من الدائرة الى المركز على هيئة اشعة وتجتمع كلها الى قناة دافعة عامة
تكون مركزا لها ورأيت عنقودا آخر مستطيلة فيها اتقاطات مسافة فمسافة
وفي مركزها قناة تقبل الفروع الصغيرة الآتية من كل حبة وكل حبة عديدة
لها تجويف مركزي واذا شوهدت بالنظارة المعظمة البسيطة توجد جدران

هذه التجاويف بهيئة اسفنجية وتوجد هذه الهيئة في جميع الاعضاء الغددية المنسوج اللينى الثديى * وما عدا هذه الحبوب يدخل ايضا في منسوج الغدة كية كبيرة من منسوج لينى وهذا المنسوج بعد ان يجزئ لمنسوج الغدة غلافا تاما يرسل في ~~سج~~ كهما زوايا تدنضم القصيصات بعضها والصلابة التي توجد في الغدة تنسب لهذا المقدار العظيم من المنسوج اللينى الداخلى في تركيب الغدة وقد يتفق ان لا ينمو من الغدة في زمن البلوغ الا المنسوج اللينى وحده وفي تلك الحالة قد يكسب الثدي شكلا مشوها فيزول المنسوج الغددى ويحصل الثدي الى ~~كتلة~~ لينة متضاعفة القصوص ظنوها احياء باسلفة استعالت الى خساد

المنسوج الدهنى * الخلايا التي توجد في السطح الظاهر للثدى مملوءة بكتل من منسوج دهنى تفصلها عن بعضها الصفائح اللببية الممتدة من الغدة الثديية الى الجلد وليس هنالك اتصال بين تلك المساكين اللببية المحتوية كل منها على شئ من هذه الكتل وهذه الحالة توضع لنا ~~كثيرة~~ الالتهابات والخراجات الثديية المحدودة ثم ان النوى في احد المنسوجين اى المنسوج الدهنى ومنسوج الغدة يكون على سبيل التعاكس للآخر وينسب لهذا المنسوج الدهنى ما يشاهد احيانا في بعض الرجال من عظم نمو الصدر وهو على رأى هالبر يدخل كاصل ذاتى في تركيب الغدة فانه قال رأيت من القنوات اللببية ما هو ناشئ من المنسوج الدهنى

القنوات اللببية * اذا قطع ثدى امرأة ماتت مدة الارضاع شوهد خروج اللبن من نقط كثيرة وكأنه خارج من مسام اسفنجية وتلك النقط هي محل قطع القنوات اللببية الدقيقة المبيضة المشقة قليلا وهي القنوات الدافعة للغدة ونشأ من الحبوب الغددية ووربما ناشئ منها على رأى هالبر من المنسوج الدهنى وتنضم على التوالي كانهضام الاوردة فتتجمع من الدائرة الى المركز وتتفد في محمل الغدة لتنضم بعدد كبير من القنوات التي توصل لمركز هذه الغدة في مخاضة المهالة فهناك يعظم حجمها ويشاهد مكونة من متسعات او تمددات

كبيرة بحيث لا يكون بينها خلل وعدد هذه التمسعات على رأي بعض المشرحين لا يتقص عن عشرين وقال كروفلير ما رأيت فيها أكثر من عشرة وهي انتصاية غير متساوية في الحجم فاذا وصلت الى قاعدة الحلمة ضاقت وتسير متوازية حتى تنفتح في طرف الحلمة بفوهات اضيق من القنوات نفسها فيصح ان تعتبر تلك التمسعات بمنزلة مخازن متعددة اذ ليس الغدة مخزن حقيقي ثم ان هذه القنوات اللبنية محاطة سواء في الحلمة او في مخازنها الهالة بمنسوج منسجى يدل وجوده على حالة التنبه والانتصاب اللذين قد تتكيف بهما الحلمة وكذا انقار السائل منها بحيث لا يفور من تنبه الثدي ولا يوجد في الحلمة اثر منسوج مجوف وان قال بذلك بعض المشرحين والقنوات اللبنية لا تتصل ببعضها الا في جزء من سيرها ولا في انتهاها القنوي ولا في تمسعاتها ولا في اصلها كما يدل على ذلك حقتها بالزيت او بمواد ملونة فالغدة الثديية كمعظم الغدد تنقسم الى حلة مساكن متميزة عن بعضها وكل منها يتم وظيفة مخصوصة * والحقن اثبت ما عدا ذلك ان القنوات اللبنية خالية من الصمامات واما تركيبها فغير جيد المعرفة وقد ذكروا لها غشاء باطنيا يبع الجلد فيلزم ان يكون مخاطيا وغشاء ظاهرا ايضا فان كروفلير انه من طبيعة المنسج.

الاوعية والاعصاب * شرايين الثديين تأتي اولاً من الشرايين الصدرية وسما الشريان المسمى بالثدي الظاهري وثانياً من الشرايين بين الاضلاع وثالثاً من الثدي الباطني * واوردة الثديين زائدة النمو وتنقسم الى طبقتين احدهما تحت الجلد وهي ظاهرة تشاهد من الظاهر خلفه وثانيتهما عميقة تصاحب الشرايين والاوعية اللبناوية متضاعفة وترجع للعقد الابطية وذكر القدماء من المشرحين ان هنالك اتصالاً بالدم واسطه بين القناة الصدرية والثديين واسو ذلك على مشابهة الكيلوس اللبن في اللون وهو اساس ضعيف * واعصاب الثديين تأتي من الاعصاب بين الاضلاع ومن فروع العصب الصدري والصغيرة العضدية واما عمو الثديين فيؤخذ مما سبق وذلك انه لا يظهر الا في الشهر الثالث بعد العلق وعظمهما وقت الولادة يكون اعظم مما يكون

في الادوار الالية بعد ويحتويان حيثخذ على حكمية من سائل لبتى لزج
واما عظمهم اوقت البلوغ فلا يختلف في الذكور والاناث الا في اتساع الحلمة
بالعرض وزيادة الحجم قليلا في الاناث ثم يخوان تدريجا فيمن حتى يصل الى الحجم
اللازم لهما فيا بعد ويتوافق نموهما مع نمو اعضاء التناسل والغالب انه يسبق
واحيانا يعقب ظهور الحيض وكذلك نمو انداء الرجال يتوافق مع نمو اعضاء
تناسلهم في زمن البلوغ ويعظم هذا النمو في بعض الرجال بحيث يتسبب عنه
اذر ازالين وفي سن الشيخوخة تضمر الانداء واحيانا لا يوجد في موضع الغدة
الا قليل من منسوج ايني قال كرو فليرو قد شاهدت القنوات الهلالية في كثير
من عجائز النساء متعددة بمخاط منعقد مسود في قوام الجلاتين بحيث تيسر لي
تبعها الى اصولها الدقيقة جدا

(الفصل الثاني)

(في عيوب التكون في الثدي)

قد تكون القنوات الدافعة للبن منسدة او معدومة بالكلية وقد تكون الحلمة
غير مثقبة وقد لا توجد بالكافية وليس عندنا وسائل لعلاج هذه العيوب
وقد تكون الحلمة صغيرة قصيرة وقد تكون غليظة طويلة ففي الحالة الاولى يمكن
ان تكسب الحلمة الاقطا والمرادة بواسطة المص مدة من الزمن قبل الولادة
او بعد الولادة حال لكن هنالك واسطة يظهر فيها حوا ايضا وهي ان تدخل الحلمة
مرات كثيرة متكررة في عتق قنينة طيبة نغمت قبل ذلك بقرب في ماء
خارفا لهو آه المحوى فيها يكون اكثر تقطعا من الهواء الخارج فن ذلك يحصل
في الحلمة حال نمو عظيم وفي الحالة الثانية لا يمكن ادخال الحلمة في فم الطفل
الا بعسر شديد واذا لم يكن المص مستقيما فاقله ان يكون عسرا واذا كانت
الحلمة عظيمة النمو يكون الغالب سيلان اللبن بنفسه على الدوام الى الخارج
بحيث لا يجهد الطفل منه ما يكفي للتغذية فيه ضطر لا كمال تغذيته بلبن البقر
والغنم وقد شوهد اذ دواج احدى الحلمتين وقد تكون الحلمة مبرومة وموضوعة
على الثدي بحيث لا يمكن كشف فوهات القنوات للبنية فيها

وقد يكون الشديان موضوعين في وسط الصدر وصفرهما بقية ضى منع افران
البن او قلته وعظمهما المقرط يتعب الارضاع سيما اذا كان العظم ناشتا من تراكم
الشحم فينزل من تلك الائد آه حيث نذلبن قليل غليظ يعسر هضمه وزعم فابرون
ان هاتين الحالتين المتقابلتين لا تأثير لهما في افران البن لكن عندنا امثلة كثيرة
يؤخذ منها صحة الرأى الاول وقد يكون عدد الائد آه ثلاثة او اربعة بل خمسة
وقد تفقد بالكلية

(الفصل الثالث) (في الحلمات الصناعية)

الشقوق والسلوخ في الحلمة وكذا عدم وجودها بالكلية وسوء تركيبها
قد يحوج لاستعمال حلمات الائد آه الصناعية والطفل يمص اللبن منها بعسر
في اول الامر ولكن المرأة يقل تألمها وينتهى حالها بالشفاء في زمن يسير
وتركيب الحلمات الصناعية بلغ السكالك في هذه الازمنة الاخيرة فصنعتها
بياريس امرأة يقال له زوجة بربتون من مشيمة عين البقر التي هي مسترخية
جدا ومواضة للاطفال الضعيفة غير انما تمبط وتخشف بسهولة بحيث لا يقدر
الطفل القوي على مصها بشفتيه واما التي صنعها المير من الصمغ المرن فهي ابسط
واصلب غير ان الطفل كثيرا ما يقر من منظرها ورايحها واحسنها ما صنعته
داربوس من خشب الخفاف وليس فيها عيب الا صلابتها اليسيرة وصعوبة
مسهلة للكسر

(الفصل الثالث) (في الطلبة الندية)

اذا كانت الحلمة الطبيعية قصيرة جدا ينبغي المبادرة باستعمال الطلبة الندية
لاجل استعطائها هي عبارة عن مجسم له انبوبة طويلة ينسبر للمرأة نفسها
ان تفرغها من الهواء بواسطة المص وطلبة داربوس احسن عن طلبة قطو في
لان انبوتها من الصمغ المرن المغطى بالحرير فيجب ذلك تكون مسهلة الانثناء
واما غيرها من الطلبيات فنزاج

فاذا جاء اللبن بكثرة ينبغي ان يستعمل دهان الطيب رنك المركب من اوقية
من ماء القار السكرى وخمس واربعين قعصة من خلاصة البلادونا واوقية
من الاتير وذلك احسن من ان يستعمل من الباطن ما امر به بعضهم من
خلاصة القوين والناسب ايضا حيث نذا استعمال بعض مسملات ويستعمل
من الاخذية بقول الجافة كاللوبيبا والعدس مثلا مطبوخة

(القسم الثاني)

(في عوارض الارضاع)

(الفصل الاول)

(في شقوق الثديين)

المرضة معرضة لعوارض تعرض من جهة الثديين فالتى تكون في اول
رضاعة لها تكون معرضة للشقوق اكثر من غيرها واحسن الدهانات
المستعملة في ههنا الحالة هو ان مزج اجزاء متساوية من الزيت وماء الجير
ومما يناسب جيدا ايضا بلسم السامرى (وهو مخلوط مركب من نبيذ وزيت
كانت تستعمله القدماء في معالجة الجروح وخاصة انه يرخى الانسجة واعدل
بالفعل القوي للتبذ) ومثل ذلك ايضا مرهم الحور المسكى ايضا مرهم الغرب
بالعين المجبة والراء المفتوحتين (وهو مركب من رطل من البراعم الجديدة
لشجر الحور وورطين من الشحم الخلو واربع اواق من كل من الاوراق الجديدة
للخمخاش الاسود والبلادونا والبنج وعنب الذيب الاسود وهذا المرهم مسكن
فيوضع على البواسير وشقوق الثدي) وقيل ان احسن ما ينفع لذلك ازونات
القصة لكن ينبغي ان ينبت لاسعمال السليما في الاكال بكمية قمتين في اوقية
من الماء كما وصى بذلك بعضهم

فاذا قطع الطفل الرضاع انقادت الشقوق لاوسائط المناسبة سريرا بخلاف
ما اذا لم يقطعه فان الغالب جاؤها فالواسطة القوية لذلك هي استعمال الحلمات
الصناعية ومع ذلك هنالك مرهم استعماله الموالف وغيره بمنفعة وهو مركب
من كل من لعاب السفرجل بالكحول في ثمان عشرة درجة ومرهم الحور والمرهم

الايض.

الابيض الاعتيادى الخالى عن الماء والعص وتكون تلك الجواهر بكميات
متناسبة حتى تكون فى القوام الاعتيادى

(الفصل الثانى)

(فى احتقان الثديين)

يحدث ثديا المرضعة بكيفيات مختلفة فتارة يحصل فيها فجأة تحديات مؤلمة
قليل بدون ان يتغير لون الجلد ويظهر كان اللين فحجب وترمل فى قنواته الخاصة
وتارة يظهر الانتفاخ يبطى ويكون فى الغالب اقل سعة ولا يمكن يصعبه آلام
وضربات وحرارة ووخز كفى الاورام الالتهابية الحقيقية * فى الحالة الاولى
ينبغي تغطية الثدي بايكاس محشوة قطن او بنجرق مسخنة ويقدم كثيرا للطفل
ليرضعه فاذا لم يكف ذلك يبرخ بنصف درهم من روح النوشادر محلول فى صفار
بيضة اما اذا كان الاحتقان مؤلما ايلاما حقيقيا فانه يلزم تغطيته بضمادات من
بذر الكتان او من لساب الخبز وبعالج ايضا بوضع علق كبير بل وبالفصد ايضا
وبيقية المعالجة المضادة للالتهاب

(الفصل الثالث)

(فى التهاب الثديين)

الاحتقان اللبنى فى النساء اللاتى لم يرضعن يتقلب سريعا الى الالتهاب لكن
لا يكون ذلك الا فى الايام الستة الاولى او العشرة من ابتداء الرضاع
اما فى غيرهن فيكون فيهن ممكن الحصول فى جميع مدة الرضاع وفى كلا الحالتين
يلزم فتح الخراج الناشئ عن ذلك باسرع ما يمكن واعمق ما يمكن * فاذا استقرغ
ما فى الرحم بالاكياج ورجعت على نفسها اعنى من ستة اسابيع الى شهرين جاء
دور الطمث كما كان قبل الحمل فاذا ارضعت الام ولدها قام الارضاع مقام
الطمث فى الغالب وهناك نساء لا تمتعهن استدامة الارضاع من الحيض
فيحضن ولكن يحصل لهن تعب من ذلك

(الباب الثانى)

(فى الطفل حالة كونه مريضا)

قد يولد الطفل ضعيفا بل في حالة موت ظاهري فلذلك تختلف الاحتراسات التي
يستعملها على حسب خطر وطبيعة العارض الموقع حيانه في الخطر

(القسم الاول)

(في اسفكسيا الجنين اى اختناقها)

اذا لم يكن مع الطفل الا الضعف بدون ان يكون معه مرض حقيقي فانه يعالج
كما قلنا قريبا فيجترس عليه غايه الاحتراس من البرد ويوضع قليل من التبييض
في الماء الذي يستعمل اغسله ولتنظيفه ولا يفعل معه شئ مما يثعب تنفسه

(الفصل الاول)

(في اسباب الضعف)

قد يكون الضعف رآئدا جذا فاحيانا لا يصبح الطفل ولا يتنفس ويكون جلده
باهت اللون والدورة الدموية ضعيفة والقلب يكاد ان لا يسمع له ضربات
فاذا لم تكن فيه الحرارة التي تحفظه وكانت حركات الشرايين السرية والعضو
المركزي للدورة خفية كان لا بد من حصول الموت وهذه هي الحالة التي تسمى
باسفكسيا المولودين جديدا واستحسن غرديان تسميتها بالانجاء وآخرون بقله
الدم قال المؤلف لكن هذه الاحوال الثلاثة تختلف عن بعضها في الواقع من
وجوه كثيرة وان كان الاسم الاخير اقربها لما هنالك ونشاهد هذه الحالة على
الخصوص عقب الولادة المستطيلة المدة اذا علمت عملية التصوير لاولاد الجنين
قبل تمام الاشهر او كان تحية اقليل النمو او عرض نزيف في مدة الطلق او قبله
يعض ايام وسيل التزيف الناشئ من اندغام المشيمة على العنق او الا في باستقامة
من عروق الحبل السري

فاذن يكون سبب هذا الداء اما عدم الدم حيث لم يصل للخص ولا للرئين بمقدار
كاف لان يعطى للاعضاء قوة وفعلا واما عدم تنبيه عضلات التنفس ويمكن
في بعض الاحوال ايضا ان يكون سببه وجود مواد مخاطية كثيرة جدا او ماء
من مياه الامنيوس في القصبة الرئوية كما زعم ذلك بعضهم ونظن ديزرموس
وغيره ان انضغاط الحبل قد يسيبه لكونه يسد عروق الدم في الاوردة بخلاف

الشرابين فانها تكون قابله لمروره فيها كثيرا اوقليلا قال المؤلف ولقد اريتكم
في محل آخر ما ينبغي ان يظن في هذا الرأي فيظهر لي ان اسفكسيا المولودين
بعد ما ينبغي ان يكون فيها هوان دم الطفل لم يكابد في المعطات الاخيرة
من الطلق تنوعه المشيمي وانه انقطع عنه تعرضه لهذا الحال الشبيه بالتنفس
الباطني الذي في الانتظام الطبيعي يبقى مستمرا حتى يحصل بالفعل
التنفس الحقيقي

(الفصل الثاني)

(في العلاج)

لا يكون ارجاع الحياة للطفل بتوجيه دم الحبل السري فهو البطن كما قال
بذلك ارسطاطاليس ولا بان توضع على بطن الجنين المشيمة وهي حارة ومصحفة
على الجرح وفي التبيد المغلي كما قال بذلك بعضهم ولا بان تحك الشفتان بقطعة
معاملة من ذهب كما كانت تفعل ذلك القوابل سابقا لاجل رجوع تلك القطعة
الذهب لا تقسم وكذا ما اوصى به جميلي من انه اذا غمر تنفس الطفل ونزل
التخلص توضع المشيمة في ماء حار وانما الاول ما يفعل هو ان تزال المواد المخاطية
الخطيئة التي قد غلظت الفم اما بالاصبع او بفرشة تكون جافة او تغمر قبل ذلك
بقليل في محلول كلور ادرات الصود اى ملح الطعام ومن غير النافع بل الخطر
ايضا قلب الجنين حتى يصير رأسه من الاسفل لتظهر المواد الهضمية في القصبة
على الخروج وهذا احداث تنفسه بواسطة ابوية كما اوصى بذلك بعضهم
وانما وسائل العلاج هي ما سيذكر

الاول اعادة الدورة والحرارة للتخلص اذا كان هنالك وجه لظن ان المشيمة
لم تزال خافضة بلز من مجاوراتها الطبيعية للرحم وسببا اذا لم يزل في الحبل
بعض ارتعاش وضربان جازان تتبع وصية لوفريت وجميلي وشوسيه وغيرهم
وهي ان لا يبادر بالقطع اما اذا رجعت الرحم على نفسها وزال المتصاق التخلص
بالرحم زوالا واضحا فانه يمتحن حصول خطر من عدم سرعة فصل الجنين عن
امه قال المؤلف واما ما شاهدته الطبيب بيت من كون الطفل يقارب الموت

عندما يضغط الحبل وتتعش حياته عند ثلاثي الضغط اى زواله عنه فيلزم
 للوقوف به بوضيحات مبين فيها جميع الاحوال فاذا فرض ان توابع الجنين
 قاربت الخروج او خرجت بالفعل ولم يرزل باقيا في الحبل بعض ضربات كلن
 لا بأس بوضع تلك التوابع زمنا ما في بيده مدود بما حاركا وصى بذلك كثيرون
 حتى في زمننا هذا اما في الاحوال المخالفة لتلك فاطن ان لا فائدة في هذه
 الوسطة

الداني المحولات * قالوا حيث كان من المهم ان يحفظ للطفل الدم القليل الباقي
 له ينفى ربط الحبل قبل قطعه فالجنين بعد ذلك حالا يخرج من عهدة الام
 ثم يقرب لئلا واضحة او يغمس الى ابطنه في حمام فاتري يجعل منها بان يضاف
 عليه قليل من النبيذ او العرقى ثم يطبع في الطفل اهتزازات خفيفة بان يقرع
 بين الاصابع على صدره او ظهره او اليدين ويضغط على صدره بلطف
 كأنه يراد تحريك الحجاب الحاجز وذكروا نباتات ان بعض القوابل تنجح معه
 مص الثدي الايسر للطفل بالقم او مص محال آخر من الصدر ويصح ان ينزل
 القم فجمع فيحصل من ذلك على رأى ديزرموس منفعة جليلة لكونه ينفذ فعل
 العضلات لكن نقول ليس في ذلك قدرة على ان ينتج كازعوا انساغا حقيقيا
 مخانا كما في الصدر انتهى * ويمرغ الصدغتان ودأثر الانف والجمجمة وقاعدة
 الرقبة والسلسلة بالاصابع مبتلة بماء الكلونيا او الكوزول او غير ذلك اوبه عمل
 تمريخ جاف بفرشة خشنة وينبه باطن القم وانخياشيم بان يوضع فيه خل او عرقى
 او سائل آخر مهيج او يجردو برديشة فقط * قال المؤلف وقد استعملت بنجاح
 تبعا لديرزموس جرعة من سائل كوزولى تمسك لحظة في القم ثم تقذف بقوة
 على صدر الجنين بهيئة صب او غسل واستعمل ايضا مع التجاح دخان خرقة
 وورقة محرقة يدخل في المستقيم واذا وضع البصل او الثوم في الشرج والقم
 وفحت الانف حصل منه نتيجة مثل ما ذكر تقريريا بل ذلك اقل خطرا
 من روح النوشادر او الخل البكر لكون تأثيرهذين كساو سريع اذا لم يكونا
 مدودين بماء كثير ويضغط في آن واحد بقوة على البطن والصدر لينبه الحجاب

الحاجز فينبض وفي مدة تلك الاعمال يحفظ الطفل دائماً في حرارة لان بدون ذلك يبقى فعل بنية الوسائط في الغالب ضعيفاً غير قوى ويلزم ان يداوم على العمل زمناً طويلاً ولا يقلق من الاستدامة بل يزيد في ذلك متى ظهرت ادى علامة الحياة والغالب ان النجاس لا يتم على يد الطبيب المولد الا في نحو نصف ساعة او ساعة او ساعتين وهذا المثل يؤخذ منها ان الاطفال الذين تركوا وادسهم كموات مدة ساعات رجعت لهم حياتهم بواسطة درجة حرارة المحل الذي وجدوا فيه وذكر بعضهم انه لم ينفع له ما عمله الا بعد ثلاث ساعات الثالث النفخ * اذ لم تحصل نتيجة جيدة من الوسائط السابقة عمل النفخ الرئوي سواء كان بواسطة انبوبة ريشة او نجس امرأ أو اى انبوبة كانت تدخل في الفم او اندياشيم او ينفخ بالفم نفسه في المجرى الهوائى والانبوبة الخجيرية التي اخترعها شوسيه ونوعها جليون من حيث ان منفعتها انتهت وتطيفة المزمار الخالى بالكلمة عن لسانه تكون احسن من الانبوبة المستقيمة للطبيب هيرلد ولكن الاسهل من ذلك كله وجود او فعلا هو مجرد نجس من صمغ مر من يدخل من الفم حتى يبلغ عمق البلعوم وفي مدة دفعه يحنى طرفه بالخصر ليهر على الدخول في الخجيرة لاني المرئ ومتى دخل تسد خياشيم الطفل وقفه ويشرع في النفخ وحيث ثبت بالتجربات التي فعلها ونزلوف وتثبت وبكلار وغيرهم ان ماء الامنيوس يدخل في المجرى الهوائى حتى يصل الى الشعب مدة كون الجنين في بطن امه يجوز ان يكون من النافع تخليص القصبة الرئوية بالجذب والمص اوبعد ذلك قبل ان يعمل النفخ لكن لم يرزل عند ناتسكل قوى في ذلك وفيما تتخذ اساسا للعمل * وظن شوسيه وغيره اولا انه اذا نفخ بالفم كان الهواء الداخل في رئة الطفل معيبا او متغيرا فالاحسن ان ينفخ بمنفاخ ثم عرف بعد ذلك ان هذه الاحتراسات غير نافعة وان الهواء الذي يسخن في رئة البالغ سخونة لطيفة ويحمل رطوبة لطيفة يكون انساب لاجزاء المولود جديدا من الهواء الجفاف البارد على ان هيرلد اثبت ان الغاز الخارج برد النفس اى بالشهيق في هذه الحالة لا ينقص او كيميجه عن الهواء الجوى الاجزأ

مئينيا وحيث كان من المهم ان الهوا يذهب في الطرق الهوائية لافي القناة
 الغذائية كان لا بأس بان يضع مساعديه على رقبة الطفل ويكبس بلطف
 على الحنجرة ويحفظها على مقدم فقرات العنق لينسطح المري باكل ما يمكن من
 التسطيح وفي الاثناء ينفتح يطن كثير فاذا امتلأت الرئتان بحيث يحفظان
 الحجاب الحاجز ويرفعان جدران الصدر كما في حالة اخذ النفس الطبيعي يوقف
 النفخ ويضغط بلطف على البطن والصدر اتوافق تلك الحركة حركة رد النفس
 ثم يعاد ذلك العمل بحيث يتم بذلك تنفس صناعي وقد بالغ بعض المؤلفين في زيادة
 منفعة ذلك مع انه انما يكفي كفاية غير تامة فانه لم ينجم مع ديزرموس الا في عدد
 قليل وعلى مقتضى تنفس بعضهم انه لا يخلو عن الخطر اذا لم يستعمل بتدبير
 زائد بل اطلق بعضهم انه نادر النجاس وانه لا يخلو عن خطر بقينا وذلك لانه
 حيث كان الذي يحرض من الطفل اولا بذلك هو فعل عضلات التنفس
 لا فعل الرئة وكان المثال بالنفخ عكس ذلك فينبغي ان نتج من ذلك ان الغالب وقوف
 الهوا في التقاسيم الغليظة الشعبية بحيث يندد دفاعه الى الخلايا الرئوية
 بدون ان يحصل منه امفيزما اى انتفاخ ربيحي يكفي وحده لان بسبب الموت
 الرابع شق القصبه الرئوية بخد كره هيرل بعد ان كان يعتبره خطرا مع انه ليس
 بانفع من النفخ البسيط فيلزم تركه بالكلية

الخامس الكهربائي والجلاوية يوصى بهما كثير من المؤيدين ويمكن حصول
 تقع عظيم منهم ما سواه اعتبرنا في معالجة الاسباب واسطين اصليتين
 اوتا بعين فيوجه التيار لينفذ في الصدر او من القم الى الذراع قال المؤلف
 وقد استعملت ذلك مرتين فلم ينجم معي مع اني استعملت حوضا مزدوجا فيه
 عشرين زوجا معدنيا فكان فعل العمود قويا جدا واستعمل بعضهم
 في الحيوانات الكهربائية الغرزية اعني ان يضم فعل الكهربائي لغرزة الابر
 بان يجعل اتصال بين العمود الجلاوي والابر المنغرزة في الاعضاء وهذه الكيفية
 ربما كانت هنا اقوى فعلا بتاثيرها باستقامة على الحجاب الحاجز الا انها الى الان
 لم تستعمل في الاطفال البشرية

فإذا انجح فعل ذلك ظهرت ضربات القلب والحبيب شيئا فشيئا وترجع للعضلات تدريجاً مما تلتها الطبيعية ويتضح لون الجلد قليلاً وتظهر الحرارة ثم لم يلبث الحال قليلاً حتى تظهر حركات التنفس فتكون اولاً ضعيفة غير منتظمة ثم تأخذ في الظهور والانتظام شيئاً فشيئاً ثم يصبح الطفل وبذلك تتم نجاة الجنين * قال المؤلف ولقد تسر لي ارجاع حركات القلب والتنفس في نحو ثلاث ساعات بواسطة النفخ والجلاوية لطفلين مع اني كنت في الاول عزمت على تركهما

(القسم الثاني)

(في سكتة الاطفال المولودين حديثاً)

الطفل يدل ان يحجب ما بهما عديم الدم او قليله قد يولد احياً نافي حالة عكس ذلك فيكون جلده احمر مزرقاً او رصاصياً مسوداً ولا سيما الوجه بحيث يظهر انه سمين وكان الاعضاء صارت محملاً لا حتقان عام والاطراف مرتخية غير متحركة ودورة الدم واقفة كلا او بعضاً ومع ذلك تشاهد العلامات الاخرى التي ذكرناها قريباً

(الفصل الاول)

(في اسباب سكتة الاطفال)

من المعلوم ان لهذا المرض درجات ويحدث في الباطن تغيرات مختلفة ففي فتح الرمة يوجد غالباً دم ما تلى منصب بين اغشية المخ او في جوهر المخ نفسه واحياناً لا يخرج الدم من الاوعية او لا يحصل منه الا قليل كعدم في اجزاء مختلفة من الجسم ولكن يكون كثيراً في جميع المجموعات العضوية التي تكون في الحالة الطبيعية كأنها مملوءة فمقدارة به * وتشاهد السكتة خصوصاً في الاطفال الاقوياء عقب ولادة شاقة طويلة وعقب وضع الجفت والولادة بالحوض سواء حصلت من ذاتها او بالصناعة وكذا اذا بقي الطفل ساعات كثيرة معرضاً لتأثير الاقباضات الرحمية مباشرة بعد سيلان المياه او كان محببته بوضع ردي او كان كبيراً الحجم بحيث لا يمر من الممرات بسهولة او التفت على عنقه عروة من الحبيب او انضغطت تلك العروة نفسها بأي كيفية كانت ولا سيما اذا واقفت هذه

العوارض مع استعداد متقدم للامتلاء
ولما سببها القريب الواصل فهو انضغاط المخ واحتقانه وهذا لا يمنع كون عدم
رجوع الحياة للدم سببا مستجبالها ايضا كما يكون سببا للاسفكسيا اى الاختناق
فازعمه غرديان من ان انضغاط الحبل غير قادر على احداث الحالة السكتية
وان كان بسبب الاسفكسيا بسهولة غلط

(الفصل الثانى)
(فى علاج السكتة)

اذا ولد الجنين بهذه الحالة فليبادر بازالة احتقان المجموع الوعائى فاذا جعل بذلك
ولم يكن هنالك انصباب فى محل من الاعضاء حصل النجاح غالباً بسرعة فتزول
الاعراض الخفيفة اما فى عكس ذلك فالغالب حصول الموت لكن من حيث انه
لا يمكن ان يميز من قبل الاحتقان البسيط عن النزيف المخي يلام على الطبيب
المولد فى كونه لم يبذل للجنين فى جميع الاحوال نفس الاحتراسات التى يلزم
فعلها اذا كانت الافة فى غاية الثقل فاذا كان سبب العارض ضغط الحبل
على الاوردة الوداجية لزم ان يبادر بحل لغائه او يقطعه اذا لم يمكن تخليص الطفل
منها الا بذلك وفى احوال اخرى يكون من الخطر ايضا انتظار صباح الطفل قبل
ان يفصل من امه او غمس المشيمة فى سائل حار قطع الحبل هو العلاج الاول
الرئيس الذى يلزم استعماله ولا يربط الا بعد ان يزول كل عرض مخم لان منفعة
هذا القطع هو ان يعطى للدم مسلكاً سهلاً ولاجل اعانة سيلان هذا السائل
قد يضطر احياناً لان يضغط بلطف على الصدر والبطن بل وعلى الحبل نفسه
ويكون القطع بمقراض فى مرة واحدة فكامل سال الدم اخذ الطفل فى الاحياء
وتبديل لون شفتيه السالك بلون احمر او وردى ثم يزهر تدريجاً ما حول القم
والانف وباقى الوجه وسطح الجسم ولم يلبث الحال قليلاً حتى يرجع التنفس
وما عفى بعض دقائق الا وقد زال كل خطر الا ان الدورة قد تبقى احياناً ضعيفة
خفية بحيث لا يحصل نزيف من السرة اصلاً فذلك يضطر للاستعانة بالوسائط
الموصى بها فى الاسفكسيا اعنى المروجبات والاستحمامات المنبهة والنفخ

والكهربائية وهو ذلك ولما كان من اللازم ان يفقد الطفل شيئا من الدم حتى يرجع له تمام حياته كان اللازم ايضا اذالم نزل ذلك من الحبل ان توضع علقه خلف كل اذن لينزل بذلك احتقان المخ

فاذا رجع للاغشية المائلة اعنى الجلد والاعشمية المخاطية ولونها الطبيعي ورجعت الدورة لانظامها الاعتيادى وتم التنفس يقينا وصاح الجنين وتحركه باطلاق يوقف للتزيف اذالم يقف بنفسه واما باقى العلاج فيكون كما اذا ولد الطفل بدون عارض اما اذا بقى بعض خدر فى الوطائف الرئوية والخفية كما يشاهد كثيرا اذالم يستخرج من الدم مقدار كاف فانه يلزم استعمال العلق ايضا ويكون هو الدواء الوحيد الذى يعول عليه اذالم يعرض الاحتقان للذى هو نوع من السكتة المتابعة الابعس الولادة بسبب عشرة او اربع وعشرين او ثمان واربعين ساعة بل بعد ثلاثة ايام او اربعة كما شوهد ذلك

(القسم الثالث)

(فى عوارض مختلفة ككزيف السرة وجرحها والكسر والخلع والتصادق الشفتين وانسداد الشرج وصمخ البول وغير ذلك)

التزيف من السرة فى المولودين جديد اعراض ثقيل وسببه الاعتيادى هو عدم الرباط او ارتخائه او اتقلاع الحبل ويعالج ذلك بالضغط ويكنى لذلك عادة وضع كرة من ثقتين على محل خروج الدم ورفادة مثنية اربع طافات ورباط يشد قليلا * فاذا بقى بعد سقوط الحبل جرح صغير ذرعليه مسحوق الليكوبود او المغنيسيا او زهر الدقيق واما المرهم البسيط والمرهم الابيض للرازى والماء الزحلى فلا يناسب شئ من ذلك الا فيما بعد (المرهم الابيض للرازى يسمى مرهم تحت كربونات الرصاص وهو مخلوط جزء من تحت كربونات الرصاص مسحوقا بنجمة اجزاء من الشمع الحلو مذابة على حرارة هادية وهو من المراهم المحففة) وينبغي قبل ان يمسح الطفل ان يبحث با تباه فى جسمه ليعرف هل فيه تشوه خلقى او كسر او خلع فان كان فى شفتيه او صمخه البول او شرجه التصاق تعاد تلك الفتحات بالعمليات المناسبة * ويفعل مثل ذلك ايضا فى قيد اللسان

فيقطع بمقراض حال كون الجراح برفع طرف اللسان بالصفيضة المشقوقة
من الجبس القنوي مع الاحتراس لان يكون القطع من الاسفل لاسن الاعلى
حذرا من اصابه الشرايين الصردية فاذا قدر الطفل على توصيل لسانه لحافة
الشفقين وعلى مسك طرف الاصبع بهما كانت هذه العملية الصغيرة زائدة
غير نافعة فلا ينبغي فعلها حيثئذ اذ لا يتحقق وجود هذا القيد في الاجنة
الا اذا شكت المرضعات من ذلك

(الفصل الاول)
(في انخساف العظام)

انخساف العظم الجداري او الجبهي مع كسر او بدونه شاهده كثير في بيت
الولادة يباريس شوسيه ودوجيس ولشيل وشاهده المؤلف كثيرا واذ كر ذلك
في مجت التحويل والجفت وشاهده اندريه في عظم الجبهة عقب استعمال
الجفت وشوهد كسر الجداري عقب ولادة شاقة ولكن يمكن ان يحصل
انخساف بدون كسر وينبغي ان يحذف حصوله اذ ابقى الرأس مستقدا على
الزاوية المعجزة القفورية ومعرضا زناطويا لا لعمال شديدة شاقة وكان المضيق
كلوى الشكل والترم الرأس العظيم الحجم قليلا ان يشكل في نفوذ من الحوض
بشكل ذلك الحوض الذي يكون كقالب له وكمنحجب يمر هو منه كما تمر السلوك
فاذا لم يكن كسر العظام او انخسافها محموبا بانصباب وجعت الاشياء
الى وضعها الطبيعي بنفسها وتم الشفاء اما في عكس ذلك فان الموت يحصل عادة
او اقله ان ينتج من ذلك سبلات خفيف وميل عظيم للتشنجات ثم ان الرأس
بتشكله بهيئة المضيق الضيق يمكن ان يستطيل بدون ان تنبج عظامه المكونة
له او تكسر لكن بحيث تهالب حوافها ويركب احدها على الآخر كثيرا
او قليلا والغالب حينئذ ان ترجع بنفسها الموضع الطبيعي بعد الولادة ويمكن
ان تبقى ايضا متراكبة كما شاهد ذلك المؤلف ويكون ذلك على الدوام سببا
للأمراض وسيا الاكاف التشخيصية وليس للصناعة في هذه الحالة كالتي قبلها
دخل في الشفاء وانما الامر مؤكول للبنية * ثم ان الجنين يمروره من الحوض

المذكور يكون معرضا لخطر آخر فانه اذا حصل الضغط خصوصا على القطر
التمددوى الجبهي اندفع المخ لجهة مخالفة لاتجاه اليافه الرئيسة ويحصل في سير
الدم في الجيب المستطيل تعب ظاهر والجمجمة حيثئذ تستطيل والتنفس يكاد
ان لا يتم كدورة الدم ايضا واذا فتحت الجمجمة يوجد المخ لدينا وفيه انصساب
دموى حول نصفه الكريين اوعلى المخج وذكر الطبيب رادفور امثلة كثيرة
من ذلك وقال ينبغي ان يبادر بقطع الحبل ويترك حتى يسيل منه دم كثير

(الفصل الثاني)

(في الاورام الدموية)

هناك عارض كثير الحصول ولكن من اللطف كونه اقل ثقلا من العوارض
السابقة وهو هيئة انصباب او ورم يوجد كثيرا لكن بدرجات مختلفة اذا تم
الاجزاء من القناة الخوضية الايطي وعسر ويشغل هذا الورم في الغالب الجزء
الذي يسلك في فراغ الخوض مدة الطلق سواء كان ذلك الجزء من الجمجمة
او الوجه او المقعدة او المتككب او غير ذلك من اقسام الجسم او يشغل احدا الاجزاء
التي انضغطت زمن اطول بلاشدة عظيمة على الزاوية العجزية القطنية اوعلى
العاتين ويكون ذلك الورم مكونا تارة من مصل محموظ تارة من دم خالص منعقد
او سائل واحيانا من مخلوط من هذين السائلين وحجمه يختلف من حجم بندقة
الى بيضة بل واكبر من ذلك ثم هو تارة يكون منتشرا وتارة محدودا واحيانا
متوجا والغالب كونه مرنا عيينيا والعادة انه يزول بدون استعانة بشئ
واحيا ياتقبح ويتحول الى خراج حقيقي يمكن ان يوصل لتعربة العظم الذي
تحتة اولتا كله وهو لكونه رخو ابلالا لانبعاث في جرنه المركزي وصلبا متينا
كانه مرتفع في دأثرته كثيرا ما تشبه بالكسر والانبعاث والفتق الخفيف وخفيف
منه حصول اخطار ليس هو اهلا لانتاجها

فاذا كان الورم صغيرا الحجم ترك ونفسه فيزول في مدة اسبوع او اسبوعين ولا يبقى
بعده الا مجرد كدم واذا كان عظيم الحجم جاز بل يلزم ان يه ان التحليل بوضع رقائد
عليه مبتلة بماء ملح او بنبيذ اخضر او بعرق محدود بالماء او بالماء الابيض اى ماء

جولارد اوبادوية اخرى من هذا القبيل فاذا كان متموجا وفيه الم قليل لنرم ايضا
 الاجتهاد في تحمليه فاذا لم تكف هذه الوسائط المذكورة ابدلت بمحلول نصف
 اوقية من ادروكورات النوشادرى ملح النوشادرى رطل من نبيذ احمر وهذا
 المسائل الذى مدحه سييدول واستعمله كثيرا بواير في الاورام الدموية التى
 في الركتين يزيل في الغالب التجمعات التى يظهر لزوم فتحها فاذا لم تحصل
 من تلك الوسائط النتيجة المرادة ولم يزل التموج آخذا في الزيادة لنرم فتح هذه
 الاورام بالمشرط كما قال لوفريت ولا ينبغي التواني عن فعل ذلك في مثل هذه
 الحالة لتلاية فصل جزء عظيم من الجلد عن ماتحته ويرق جدا ثم يغير عليه
 بالتفتيك مع المرهم الابيض او مع الضماد اعنى كما يغير على خراج او تجمع
 دموى اعتيادى والغالب سرعة شفاء الجرح بذلك وهذا الداء في المولودين
 جديدا لم يستغلوا الا بدراسة ما وجد منه في الجمعية فاذا اطلق عندنا
 لم نعين به الا ذلك

وكثيرا ما اشتبه عليهم هذا الورم بالفتق الخفى فلذلك اشار بعضهم بضغطة
 يصفية من قصدير ثمر بط بقلنسوة الرأس وزعموا ان شقه سبب الموت في طفل
 من الاطفال ومنهم من ادعى انه شفى بضغطة باسفنجة مع ان تلك المشاهدات
 انما كانت لاورام دموية لالفتق خفية ومثل ذلك ايضا ما زعمه مشيل فتقا
 خفيافاته كان شاغلا لليافوخ الخلقى وفرعى الدرزالامى وانتهى بخراج وشفى
 ومن هذا القبيل ما زعمه كذلك طريف ولودران مع ان مشاهدة الاول
 انما كانت ورمادمويا شاغلا لعظمى الجدارين وشفى بوضع المحللات ومشاهدة
 الثانى كان الورم فيها شاغلا للجدارى الايمن وزال بالعلاج المذكور

(المبحث الاول)

(في انواع هذه الاورام واصنافها)

النوع الاول * قال المؤلف يظهر لى ان النوع الاول من هذه الاورام هو الذى
 موضعه بين الصفاق الجمعى وجلدة الرأس وذلك هو مشاهدته في اربعة
 احوال في البالغين وطلب منى فتحه وفي ثلاثة من المولودين جديدا اشترحتهم

بنفسى وهذا النوع هو الاكثر وجودا بحيث يتدران لا يشاهده طبيب مولد
او جراح ويقرب للعقل انه ينسب له ما سماه بعضهم بالورم الدموى الظاهر
في جمجمة المولودين جديدا وهو لا يكون منفصلا عن العظام باغشية سليمة
ومحسوكا في حدوده باندماج جلدة الرأس لا يحصل منه الا سير خطر ولا يسبب
المماصلا ويترول في الغالب من ذاته او من فعل المحللات الاعتيادية والضغط
ومن النادر لزوم فتحه وقد يعمل فيه ذلك على حسب القواعد التي ذكرت
في علاج الاورام الدموية عموما

النوع الثاني * هذا النوع من اورام الجمجمة يحصل عقب الولادة وهو الذي
سماه نجيل سيفاليم يقوم وموضعه بين العظام وسحاقها من الظاهر وعلماء بلاد
النمسا واطاليا اشتغلوا بذلك منذ عشرين سنة الا انه كثيرا ما اشتبه عليهم
هذا الداء بالذي قبله ولم يتفقوا على اخطار كل منهما مع ان هذا اعرض اواقل
بروزا وله ميل عظيم للانفراش وليس دائما محاطا بدائرة بارزة كالاول
والتي تخرج ليس ظاهرا فيه والغالب تغير العظم من تحته وينتهي حال السحاق
بان يتكون منه له احيانا كيس متين واما بعض الصفات التي ذكرها زليو ونجيل
فتنسب للنوع الاول وحيث علم ان الحركات العنيفة التي تغير سحاق العظم
بمحيط تفصله عنه تسبب هذا النوع وتكشف العظام علم ان هذا النوع
قد يوصل لموت الطفل فاذا ينبغي ان يخاف من ان يتأكل جزء عظيم من العظم
ويسعى التأكل حتى يصل الى الام الحافية * قال المؤلف فلا ينبغي ان يغتر
الطبيب بمنظر هذه الاورام فقد اتفق ان طفلا عمره عشرة ايام اعرضته على
القبالة برونيت على اعتقاده انه مصاب بفتق مخي فلم اجد معه الاورما رخوا
متموجا مغطيا للربع الخلفي من الجمجمة اعنى زاوية الجدارى اليسرى وجزءا
من العظم الصدغي ومعظم القعدوة مع الزاوية العليا للجدارى الايمن قتل
هذا الطفل بدون ان يفعل له شئ وحصل التحليل بسرعة في مدة خمسة عشر
يوما ثم ظهر في محال من جسمه نكت حمراء من حيث تدق ريت صحة الطفل وزالت
الدائرة العظمية التي تحد الورم بالكلية في مدة اسبوع وبالجمله كان معه جميع

الاعراض التي نسبها لجيل لسيف الجياوم الذي جعل موضعه بين الجمجمة
وسماعاتها مثل هذا التجمع العظيم لا يضح ان ينسب لذلك اذا كان موضوعا
على العظام منكشفا ولم يكن من الابداء منفصلا عن تلك العظام بالطبقة
الخلوية التي سنتكلم عليها قريبا

والسبب الغالب لهذا الورم هو الانضغاط الغير المستوي الذي يحصل
في الجمجمة والتراكب الذي يحصل في العظام عند مرورها في الحوض مدة
الولادة سواء كانت تلك الولادة طبيعية او صناعية فان كان يولد ونسب ذلك
لوفوردم في المخ فذلك ناشئ من كونه لم ينسب اليه انه كما يتكون على الاجزاء
المنضغطة يتكون ايضا على الاجزاء التي تبقى خالصة بالكلية في مركز المضيقين
فيكون من غير النافع ان يقتبس على السبب في غير ما قلنا * فاذا لم يبرز المنسوج
نفسه الذي تحت السمحاق يكون امتصاص السائل المنصب مهمل الحصول
والمعالجة المستعملة هنا هي كافي النوع الاول فاذا فتح الورم نيل الشفاء
بسرعة اذا لم يكن العظم متغيرا فان كان متناكلا او منسوسا كان الخطر من
ذلك غير خاف عليك وقد شاهد الطبيب فريد طقلا كان معه فتق مخي
حقيق في القعدودة وكان معه ايضا ورم دموي على كل عظم جداري
بين السمحاق والعظم كذا قال هذا الطبيب فكانت ولادة هذا الطفل شاقة
وبقي رأسه مكابدا للتعب زمانا طويلا وادى ذلك لموته * قال المؤلف ولا اقول
ان هذا النوع من الورم الدموي اكثر حصولا من غيره واولا لان الظاهر لي
ان من المشاهدات التي ذكرت له ما ينسب للنوع الاول اذا لم تنسب للنوع
الآتي وثانيا لان حالة المنسوجات في الاطفال الذين شرحتهم بيدي اظهرت لي
كيف يمكن ان يغش ويعد من التغيرات الاولى هذا التغير الذي لا يكون
في الغالب الا ثانويا وثالثا لان الطريقة المقوية للسمحاق رقيقة قليلة المقاومة
بهيئت تتميز قبل ان ينسب الورم الحجم الذي يظهره في العادة ورابعا
لان ذهاب الدماء سريع جدا والغالب ذهاب اثره بالكلية بحيث يمكن جعل
محل على العظام بدون واسطة ومع ذلك ليس هذا معنى انكار لامكان وجوده

وانما اعتقد وجوده لكن اقل مما يعتقده بعض الاطباء النيسابيين والطبيب بوش الذي جعل محله دائماً تبعاً لتحيل بين العظام وسمماها قال ان سيفاليا توم اذا تركت ونفسه قتل في الغالب المولودين جديداً بحصول التشنجات لهم ويندرجداً شفاؤهم

النوع الثالث من الورم الدموي في الجمجمة يكون من الابتداء اعمق مما في النوعين السابقين فمنهم من جعله محله في الجزء المندمج من العظم ومنهم من قال انه يوجد غالباً بين الجمجمة والام الحافية ومال المؤلف لهذا الاخير وأكد ان هذا النوع كثير والانسكاب على الوجه الباطن للام الحافية الذي ظن بعضهم انه قابل للاستئصال والتغيير يصير منشأ لبعض من هذه الاورام الفطرية للجمجمة التي اول من شرحها شرحاً واسعاً هو الطبيب لويس

(المبحث الثاني)

(في كلام مختصر في الورم المسمى سيفاليا توم)

نقول بالاختصار ان الحركات العنيفة والانضغاطات التي تحصل في الولادة يمكن ان ينشأ منها انصباب تحت الطبقة الجلدية اي جلدة الرأس او تحت الصفاق او تحت السمحاق وفي سلك العظام او اعمق من ذلك ايضا على سطح الام الحافية وطبيعة هذه يتولد منها جميع انواع الاورام الدموية التي ذكرها المولودون وشرحوها مسماة ان سيفالوسيل اي الفتق النخعي وسيفاليا توم والاورام الفطرية والنساعة وقد ذكر الطبيب نجيل نتيجة مشاهداته لهذه الاورام سنة ١٨١١ عيسويه ثم تكلم عليها ايضا الطبيب زلي في رسالة بحث له وبعد ذلك شرح ايضا جرنالات وغيرها قال المؤلف وفي سنة ١٨٣٤ كتب لي هذا المؤلف اعني نجيل ان جميع ما ذكره في فصوله الاولى في طبيعة الداء المسمى سيفاليا توم تحقق عنده بواسطة تجربتيه وابعائه فيما بعد قال ان هذا الورم في الايام الاولى التالية للولادة يزيد في الارتفاع وفي الامتلاء ولا يوجد الاعلى العظم الجداري والغالب ان يكون الايمن واحياناً على مامعاً ولا يوجد على غيرها ماصلاً من عظام الجمجمة وقاعدة الورم لا تتجاوز احد الدروز والدم الطافي يكون دائماً بين

الجدارى وسماحة ويوجد العظم في الاحوال التي يفتح فيها الورم ناعما ملمس *
واما معالجة الداء فاستخرج من مشاهداته ان العادة حصول الشفاء بمعاونة
الصناعة وارتضى هذا الطبيب من مدة سنين ان يوضع على الورم ايكاس صغيرة
عطرية او لاطمئنا الاقارب الطفل وثانيا لتحفظ الاجزاء من المصادمات
المؤذية ولا يتدأ زوال عظم الججم الا بعد خمسة عشر يوما او ثلاثة اسابيع ثم نحو
الاسبوع الرابع يتدأ في مقاومة الضغط فاذا ارتكز عليه بطرف الاصبع نزع
من ذلك انبعاج يزول متى انقطع الضغط واول من شرح هذه الظاهرة
هو الطبيب سميت معلم بحدثة فينه بيلاد التيسا

وكما اخذ الورم في الصلابة تنقص ارتفاعه واخذ في التسطح يبطى وكيفية
حصول الشفاء لهذا الداء حسبما يؤخذ من مشاهدات الطبيب نجيل واجمائه
هي ما سيذكر * اولا ان السحق المتفصل يتعظم سطحه الباطن وثانيا
كلما امتص الدم الطافي بقرب السحق المتعظم للعظم وانضم به حتى يتم
انضمامه وثالثا انه بعد ستة اشهر بل بعد سنة ايضا يشاهد ارتفاع في المحل الذي
كان مجلسا للورم من الجمجمة ورابعاً وجد الطبيب نجيل بالشرح
في الاطفال الذين ماتوا بعد ستة اشهر او سنة ان العظم الجدارى اكبر سمكة
في محل الورم مما في بقية اجزاء العظم هذا كله ما وصلت اليه معارف الطبيب
المذكور قال المؤلف اما انافى بعد ذلك شاهدت خمسة امثلة من
السيفالما قوم منها ثلاثة بعد الموت وكان محل الورم في واحد من هؤلاء الخمسة
في العظم الجدارى الايسر وامتد على جزء عظيم من القحف وعلو اليافوخ
الخطي كما في الحالة التي ذكرها مشيل وشفي الطفل بدون عملية والاربعة الاخر
كان الورم فيها غلا للمحل الذي ذكره نجيل وواحد منهم كان عند الطبيب
هنوريه بنيت الله ياريس ولا درى أشفى الطفل ام لا وانما رأيت قبوة جمجمة
الطفل الثالث فكان العظم خشنا متغيرا تغيرا واضحا والمثالان الاخيران
يقربان لبعضهما وتحتفئ من تشريح واحد منهما ان هنالك طبقة خالية
محفوظة على سطح العظم وفساد هذه الطبقة في وسط البورة لم يكن اوليا

والانصباب

والانصباب كان بين السحق وهذه الصفيحة وشوهد في حدود التجميع تحبيبات عظيمة كثيرة على العظم الجداري وحافة اى حوية حقيقية طبيعتها كذلك وكان هناك ضخامة في العظم لا انبرآ ولا تنسوس ولا تأكل ولا شئ مخصوص يدل مع غيره على ان السحق لم يتم ما طلب منه في وظيفة تغذية العظام وهذه الامور الواقعية الاخيرة يؤكدها معظمها ما قلناه نجمل ويخالف ما اشتهر كثير افرانسا في حالة العظام في هذا الداء المسمى سيفياليا نوم ويظهر الى ايضا ان وجود طبقة من منسوج خلوي بين الاجزاء الصلبة والسائل المنصب لم يرل غير ملتفت اليه في انتباه المشاهدين وقد اقتصرنا على مجرد ذكر ذلك ولا اريد الا ان اقامة دليل عليه لان هذا ليس محلنا لكني اقول ان ذلك يربل الاختلاف الذي يظهر وجوده بين رأي ورأي هذا المعلم الشهير النيساوي في المجلس الحقيقي للدوام التي تحت سمحاق الجمجمة واتم كلامي هنا بان اذكر لك ان هذا الشرح انما هو رسم قليل ولا يقتلني كلام كثير على خصوص سيفياليا نوم اذا اردنا ان نشرح بالتفصيل المسائل الرئيسة المتعلقة به

(التعليم الثاني)

(في الاحتراسات المتعلقة بالمرأة)

(الباب الاول)

(في التوابع الطبيعية للولادة)

حتى اطمان الطبيب على الطفل وخلص من تخليص المشيمة لم يكن عليه الا النظر في حالة المرأة فبعد ان يتحقق ان الرحم رجعت على نفسها او عاد كل شئ لحالته الطبيعية ينظف الفرج والغضدين وبقية الاعضاء التي تلوثت بالدم او المياه او غير ذلك من المواد مدة الطلق واللازم لتلك العملية الصغيرة هو المياه الجردا والممزوج بقليل من النبيذ اذا كانت الاجزاء رخوة مسترخية مع الاستعانة على ذلك باصفيحة او خرقة رقيقة

(التصم الاول)

(في الاحتراسات اللازمة للمرأة عقب الولادة حالاً)

فغير ملابس الوالدة وليكن قصصها طويلا طريا عريضا مشقوقا من الامام او غير مشقوق ولتكن الاكمام طويلة لتغطي جميع الذراعين بحيث لا ينكشفان ثم من فوق القمص عنتري من قطن ويلف على رقبتهما منديل او طريحة تلفها على جميع رأسها بحيث يكون الجزء العلوي من الصدر المعرض للهواء اكثر من بقية البدن محفوظا من تأثيره مسورا ويكفي في الصيف وفي الفصول الغير الباردة هذان الثوبان مع تغطية الرأس بطر بوش او عريضة اما في غير ذلك فقد يوضع ايضا فسطان او قفطان من حرير مبطن بقطن ومشقوق من الامام في جميع طوله والمنفعة المزدوجة لهذه القفطان هي حفظه البدن في حرارة عظيمة وكونه اخف من غيره وبالجمله قلابس الام تكون كلابس الطفل فلا تنبى لذلك فانه كثير امايتها وينبهه وعلى كل حال يلزم ان تكون جميع الشيا وب واسعة كفاية واما عدد هاتين كفتها فتكون على حسب درجة الحرارة الخارجة واعتمادا لذات الوالدة فتفعل كل امر أمما تنبغيه وتغطي رأسها بما تريد نعم ينهى عن ما نفعه بعض نساء ارياف الاوربا من حلق شعور الرأس ورش مسحوق الملح على الرأس فان ذلك لا يخلو من الخطر

(الفصل الاول)

(فيما يلزم لحفظ الثديين)

الثديان غير محتاجين لحفظهما بوسائد مخشوة بقطن الا اذا كان حجمهما عظيما او خفيف عليهما من البرد والرباط الذي تستعين به بعض النساء على ضغطهما بقصد حفظ شكلهما يسبب نتائج عكس ذلك وايضا اذا اتعب فكل عضلات التنفس ربما حصل عوائق في رجوع الدم في الصدر فتولد اعراض سكتية كما وقع ذلك لامرأتين ذكرهما بولدولك وبصير ذلك سببا لامراض اخر بعضها اثقل من الاخر واقبح من ذلك ايضا الضمادات القابضة والارادة المستعملة بقصد ذلك ولا احترام من خروج اللبن وما هجر الا ان جلد الخروف او الارنب الذي اشار به بعض الاطباء بوضعه مدخنا على الكيتين والبطن ومثل ذلك ايضا ما زعمه فورنيير علاجا عظيما وهو ان تغمس المشيمة في الزيت او النبيذ المغلي

(الفصل الثاني)

(في حزام البطن)

حزام البطن عابه بعضهم ونحن نمدحه اذا استعمل بقصد عصر الرحم والاحتباس من دخول الهواء فيها كما قال جلوس لكن نظن انه نافع من جهة اخرى وذلك ان الشد على البطن قليلا بفوطه او حزام يعين على تقليل حجمه ويمنع تكون آثار خبيطية او تكاميش فيه تحصل اذا لم يستعمل ويمنع تعرض المرأة لآخطار ثقيلة وامراض خطيرة كثيرة لان سرعة تفريغ الرحم يحصل منه ان الاحشاء البطنية بعد الولادة تخلص دفعة واحدة من الضغط الذي طالت مدته وجد ران البطن التي لا تنقص بنقص الرحم الا بعد زمن طويل لا تضغط على اعضاء المضم بمثل القوة التي كانت ضاغطة بها عليها فيحصل شبه خلوف في الخدوع الغليظة الوعائية فيمرع الدم اليها بقوة عظيمة مع انه مكث مدة اشهر لا يتقد فيها الا بعسر وبسبب ذلك يتكون هناك استعداد عظيم للانزفة ولجنود الرحم والالتهابات وتكدر وظائف الكبد والامعاء ويكون ذلك كما قال ونزيان هو المسبب للاغماء الذي يشاهد كثيرا في الوالدات وكذا لالتهابات البريتونية الولادية كما قال استول فاذن يكون منفعة الحزام الذي ذكرناه هو تلطيف افعال العضلات البطنية حسبما يمكن واعانة الحركة المركزية للرحم والاحتباس من وفور الدم نحو هذا العضو ومن احتقان بقية الاحشاء وربما سهل عليك تصور منفعته اذا تذكرت الاخطار التي تحصل عقب بذل البطن في الاستسقاء اذ لم يحترس الطبيب منها بوضع حزام ضاغط على البطن بعد استفراغ السائل

نعم من المعلوم انه اذ لم يكن موضوعا جيدا انبرم واقتل حتى يصير على هيئة حبل فيكون حيثئذ مضرا لانفعلا وان اغلب النساء المهملات له لا يجدن في انفسهن كما قال ديزرموس ضررا زائدا فاستعماله ليس من الشروط الاصلية للنبيبة لكن من حيث انه اذا وضع بحيث لا يحدث تعبنا ولا المالم يكن

حينئذ مضرا ومن حيث انه ينفع ولا بد في احوال كثيرة يخاف اذا لم يستعمل
ان تحصل اعراض كان اولها يسهل قعها او التحرز منها وليكن الحزام من فوطه
اولى تظوى طيات عديدة على نفسها حتى تصير مثلثة وتوضع على البطن بحيث
تكون قعها جهة الفرج ثم من فوطه ثانية ثنى ثنتين او ثلاثا على حسب طولها
وتوضع كما يوضع رباط الجسم حول البطن حاوية فيها الحرقعتان ولاجل
الاحتراز من التثني وبقائها منبسطة لا بأس ان تمسك هذه الفوطه الاخيره
من الاعلى بواسطة حائل او بطرفي شريط على شكل الشريط المعلق للسروال
عند الاوربيين ومن الاسفل بان يربط فيها طرفا حفاظ

(الفصل الثالث)

(في الحواظ اللازمة للفرج)

الحفاظ خرقة رقيقة ثنى ثلاث طاقات او اربعا وطولها كاف لان يغطي الفرج
وتذهب حتى تثبت من الامام والخلف في حزام الجسم ووظيفة هذا الحفاظ
قبوله المواد التي تخرج من الفرج ومنع تلوث اجزاء السرير منها فاذا اتعبه
لتجديده كثيرا وعدم شده لم يحصل منه عارض معيب من العوارض التي كانت
تحصل من الحواظ التي كانوا يستعملونها سابقا ولم تزل الى الآن مستعملة
عند بعض نساء الاوربوا وهي تقوم من سدادات مختلفة الشكل توضع على
الفرج ويسد بها فوهة المهبل سد محكما ثم ان الحفاظ وان لم يكن لازما الا انه
واسطة للنظافة من غير خطر ولا سيما للنساء ذوات الشان واللف

(الفصل الرابع)

(في سرير النوم)

السرير الجديده الذي تنقل اليه الوالدة بعد الوضع يلزم ان يكون عليه ملاء
مشبعة اذا تيسر تحصيلها وملاء اخرى مشبعة اربع طبقات او خرق غير ذلك
تحتفظ طراحت السرير من التلوث وبالجمله فالملاهات والالحفة وتهيئة الوسائد
لا تستدعي انتظاما مخصوصا وانما يلزم هنا كما في احوال اخر ان تكون
مناسبة للفصل وعادة المرأة

ثم ان المرأة تحمل الى هذا السرير بعد التخليص بزمن يسير اذا خلص المهبل من الدم المتجمد والسائل الذي يندفع غالباً عقب اندفاع المشيمة فهي وان لم يرل معها بعض اضطراب حينئذ لكن يمكن بدون خطر ان تتحمل الاهتزازات الخفيفة التي تحصل من هذا الانتقال فاذا انتظر ذلك زمناً طويلاً كما اوصى بذلك بعض المولدين خوفاً من حصول التزيف والتشنجات حصل لها كما يحصل للمسافرين الذين يصلون للمحطة وهم في تعب شديد من المشقة والبرد فيجاسون للراحة زمناً يسيراً ويتدفئون فاذا استرخوا وسكن تعبهم ضعفوا عن السير لكن ذلك انما يكون في الاحوال التي حصلت فيها الاشياء على حالتها الاعتيادية اما اذا لم ترجع الرحم على نفسها او حصل تزيف او خيف حصول تشنجات او عوارض اخرى مما يحصل عقب التعب الشديد فانه يلزم التأني بعض دقائق حتى يعتد من الخطر ويعطى للوظائف زمن ترجع فيه الى انتظامها الطبيعي وهي في هذا الزمن باقية على سريرها الطلق

والنساء اللاتي يرفعن انفسهن ولا يردن المكث على السرير الثاني يعرضن انفسهن لاقلاب الرحم ولا ستنادقعرها على العجز او خلف العانة او سقوطها او غير ذلك من الاخطار الكثيرة فينبغي الاحتراس عليهن من ذلك وتفهمهن لزوم ملازمة السرير فان كن ضعيفات او عرض لهن بعض عوارض حدثت من حركت عنيفة يكون المناسب وضع السريرين بجانب بعضهما ثم تراق المرأة من سريرها الطلق الى السرير الاخر بدون تحريك مستخدمة لذلك ملاءة سرير الطلق الموضوع المرأة عليها ويسهل بعد ذلك ازالته عنها

(اقسام الثاني)

(في الاحتراسات التابعة)

متى ولدت المرأة كان من غير النافع بل لا يسلم من الخطر ان تؤمر بالتزام ما ليس من عادتها او تجعل سريرها سطحاً مائلاً من الرأس الى القدمين مثلاً على ظن ان ذلك يعين على سيلان دم النفاس او ان تجعل الجوض اكثر ارتقا عن الرأس بقصد تلطيف وفور السائلات فهو اعضاء التناسل وانما تستلقي على ظهرها

وتبسط ساقها وتخذها قريبا بين لبعضهما اذا كانت هذه الهيئة غير متعبة لها
 لكن لا تمنع من انقلابها على جنبها ولا من ثني اطرافها اذا احتاجت لذلك
 وبالجمل فلا تمنع مما فيه راحة فان التعب والضعف الذي يحصل لها من الوضع
 المتعب يكفيان لاحداث العوارض ووقوعها في حالة مرضية وان كان الظاهر
 صحة حالتها وبالاولى النساء اللواتي وظائفهن مكدرة تكدر اوقتها بحيث تحتاج
 للتدبير حتى يرجعن الى التهن الاعتيادية

(الفصل الاول)

(في الاحتراسات الصحية)

جميع ما قلناه من الاحتراسات اللازمة للمرأة التي في الطلق بالنسبة للهواء
 المحيط بها واللاوضه الساكنة بها وحالتها الاعتيادية يقال هنا في الاحتراسات
 التابعة للولادة فمن المهم ان لا تسكلم ولا تستمع الا ما يتعلق بها وتستدعيه حالتها
 الضرورية فسيكون افعلها النفسانية وراحة جسمها هما اللذان لها بحيث
 ينبغي ان يبعد عنها جميع ما يكدرها ولقد كانت هذه الوصية بحققة ومعمولا بها
 عند قدماء الرومانيين بحيث ان امرآءهم لم يكن لهم بالقانون الدخول لبيت
 امرأة والدة لتنفيذ احكامهم وقضايتهم فيها

ثم ان المرأة بعد تخليص المشيمة وتغيير ممريرها يحصل لها في العادة قشعريرة
 قد تزيد معها حتى يحصل لها صرير الاسنان فبعض اطباء والعامة بسبب
 ذلك يريدون في تغطية المرأة غير ان هذا القشعريرة التي منشأها التغيرات التي
 حصلت في البنية ولا ينبغي اشتباهها بقشعريرة التهاب البريتون لانهما
 الابعض دقائق ولا تحتاج لانتباه زائد نعم لاشك ان من السفه حفظ المرأة
 في خفة زائد ومن الخطر ايضا الافراط الزائد في التغطية فانه اذا وضع عليها
 غطاء ثقيل واحيطت بملاءات مندحجة وحفظت في درجة حرارة مرتفعة كانت
 معرضة للصداع والانزفة والتشنجات التي تكون معرضة لها وما عدا ذلك يندر
 ان لا يحصل لها عرق كثير يسراحيها ناعقه ومنعه وذلك التعريق له دخل
 عظيم في احداث الحمى الدخية التي هي نادرة الحصول الآن وكانت سابقا

فوجد كثير امدة الولادة وفي هذا الفصل مجستان مهمان

(المبحث الاول)

(في النوم وما يتبعه)

من حيث ان النوم هو اول لازم لمن انهك التعب يكون من التساوة منع المرأة منه واما امر دولا موت النساء باليقظة بعض ساعات حذر من حصول التزيف فذلك لكونه لم يميز في هذه الظاهرة المرضية النتيجة من السبب وكذلك ديونس امر باليقظة اول امدة اربع ساعات ثم رجع عن ذلك وقال لا اعرف وجه لزوم هذه الطريقة التي يقرب للعقل انما كانت طريقة قلابان وامرهم اخورنيرو وغيره حذر من حدوث عوارض ثقيلة فان كان هذا النساء ممن احيانا في صحة ظاهرة ثم استيقظن ومعهن نزيف كثير تقول ايضا اتفق لكثير من النساء انهم يحصل لهم الهناء والراحة الانوم جيدا زال ما عندهن من التعب على ان هذه الانزفة اما ان تكون قريبة الوقوع او ابعد آ حصولها وقت ان نامت الولادة فان جهلت ذلك في الابتداء او اتقادت للاحتياج التي استشعرت به فان نومها حينئذ يكون خطرا بل قد تموت منه احيانا لكن النوم في هذه الحالة يكون نتيجة للمرض لا سبب له وبموجب ذلك ليس هناك علامة اخرى غير ذلك وانما من الحزم ان ينتبه للتبض وتوضع اليد زمانا على الخثرة لتبدأ **ك** عدم خود الرحم

ثم بعد هذا النوم الاول اعني بعد ساعتين او ثلاث لا بأس ان تجلس على سريرها وتعطى لها مرقة فان هذا الوضع مريح لها ويسهل خروج دم النفاس الذي تراكم في المهبل الى الخارج ثم في الايام التالية تجدد الخرق سواء اتى على جسمها او على مريها متى التوت ولا يتبع ما قاله لوفريت من ان تقنين ذلك انما يكون بعد عشرة ايام والغالب ان الاعضاء التناسلية الظاهرة تحتاج للغسل والتنظيف بما ان الخطمية ويصح ان يبدل ذلك بمطبوخ الكزبرة الخضراء مع اللبن ويعالج الامساك الذي يحصل كثيرا بالحقن اللطيفة ولا التفات لما زعمه بعضهم من عدم اعطاء الحقن قبل حيا للثمن ثم ان الاكلان الذي

يحصل في الصماخ البولي وعسر التبول والنزيف وغير ذلك من نتائج
الاحتكاك الشديد والضغط الكثير على المثانة والمستقيم وقت خروج الحنين
جميع ذلك يستدعي الغسلات المرخية او العطرية قليلا واستحمامات المتعددة
واحياانا القاناطير

(المبحث الثاني)

(في التدبير الغذائى والدوائى للوالدات)

التدبير الغذائى والدوائى للوالدات مهم المعرفة للطبيب المولد لاسبب كثرة
الجواهر التي يعاطونها وصفاتها القوية بل لان هناك عند العامة توهمات
خارجة عن العقل ينبغى ازالها من اذهانهم فلا ينبغى ان تشرب الامتداد
ما يطفى عطشها من المغلى لان تطبيع شهوتها ولذتها في الشرب فان المحتاجة
لتعاطيه انما هو مشروب لادواء فلذلك ينبغى ان تراعى حالة شهيتها واستعدادها
والعادة ان تدوم على استعمال المغليات التي كانت تستعملها مدة الطلق
فاذا زعلت من مغلى يعطى لها مغلى آخر ما لم تكن امرت اذذاك باستعمال
المنقوعات المرة او المنبهة او بشئ آخر من المركبات القوية الفعول التي تسرف
القوالب في اعطائها لاجل شدة الطلق فان هذه لا تنفع هنا ويمكن ان يسامح لها
عموما في المشروب الذي تستحسنه وليس من المقبول بعد الولادة كقبلها
النبذ الحار والعطريات والصبغات الكؤولة والقهوة والشاي والشكولا
وينبغى ان تكون الاغذية خفيفة قليلة الكمية فيسمح لها في كل يوم قبل
ان تظهر اعراض اللبن باستعمال مرققة واحدة او ثنتين او ثلاث او بعض
شوربات وزعم هيشيل انه اذا منع عنها غير الامراق واستعمل لها المضعفات
منع عنها عروضا حتى اللبن قال المؤلف وقد تحققت عندي مرار كثيرة ابطال
هذا الرأي فلا ينبغى اتباعه فاذا كانت الولادة هي المرضعة لولدها لم يحصل
خطر من اعطائها شوربات ومصلوقات مغذية قليلا في اليوم التالي لولادتها
اما اذا لم تكن هي المرضعة فلا يعطى لها غير الامراق وزيادة على ذلك انه ينبغى
الانتباه لحالة صحتها واعتماداتها ومن اجها فلا يكف اغلب نساء الارياق مثلا

بجمعية قاسية جدا لانه وان هلك كثير منهم بتعرضهم للاسراف في التغذية
الا ان اكثرهن لم يصب بشئ مع انهن لم يغيرن تغذيتهن الاعتيادية بل داومن
على استعمال الخبز وانواع اللحوم والاعذية الغليظة وتركن سريرهن بعد
الولادة يومين وداومن على سيرهن واشغالهن كعادتهن بدون ان يحصل لهن
عارض من العوارض

فاذا حصل الافراز اللبني ولم يعرض شئ مخالف للعادة اخذت المرأة في استعمال
ما يحفظ حياتهن تدريجا فتقل من الشوربات الى فتة الخبز في الامراق
ثم شوربة الشعيرة والمفتلة وحريرة الارز ثم البيض ثم اللحوم البيضاء ثم الامعاء
الطرية ثم اللحوم المشوية وبقية انواع اطعمة الاعتيادية بحيث ان المرأة
بعد سبعة ايام او ثمانية لا تكون محتاجة لمن يدبر لها امر غذاها فذه هي عادة
نساء الاوربا وينبغي ان تدبرنساء بلادنا بحسب اعتياداتهن في المأكل كل على
التدريج فيلزم اجراهن على اسلوب موافق لذلك والنساء اللواتي اعتدن على
استعمال النبيذ الخالص ينبغي لهن اولا استعمال الماء الممزوج بالنبيذ
ثم القحاق ثم النبيذ الخالص ويمكن ان تترك المغليات المعدة للشرب في اليوم
الرابع او الخامس بل كثير من النساء ولا سيما اللاتي لم يمكنهن الارضاع اولم يردنه
لا يفتن بتعاطي بعض منقوعات او بعض ادوية قبل ان يرجعن لاغذيتهن
الاعتيادية والعامة في بلاد اوربا يستعملون بعض نباتات يظنونها مفرزة
للبن منها قصب يسمى قصب بروفس مع ان هذا القصب عديم المنفعة ولكنه
غير مضر ومنها نبات يسمى باللطيني ارون دو - فرجينيس مع انه ضعيف الفعل
ومنها نبات يسمى برقش الصغير مع انه على رأى ديرزموس متعب للمعدة
ومسرع للنبض فينبغي هجر ذلك كله * ثم ان معظم الوالدات يتطلبن اللبن
اي الاسهال قبل ان يتروكن سريرهن فيستعملن تارة مليئات خفيفة
مضادة للبن وتارة مسهلات اعتيادية وقد مدح من الادوية الاول مدة طويلة
مصل ويس وملج دبوس (فصل ويس يحضربان يتقع في رطل من مصل
الابن غاليلون اصفر وهو المسمى في بعض التراجم بسلك وزهر بلسان

وهي وفار يقون وزيفون من اربع كل وعشرون قحمة سنا منقطف
وكبريتات الصود من كل درهم فيسـتعمل هذا الدواء لاجل
نقص افراز اللبن او منع افرازه في النساء اللواتي قطعن الارضاع ولذلك
سمي بالدواء القاطع للبن واما ملح دوبرس فهو كبريتات البوتاسه *
ومدح من الادوية الثواني المن وزيت الخروع وماء سيدليت ومنقوع السنا
(ماء سيدليت ماء معدني منسوب لتلك المدينة وهو بارد صاف
يحتوي على كثير من كبريتات المغنيسيا وثني من كربوناتاها
وايدروكلوراتها ولذلك كان مسهلا وفيه ايضا كربونات الكلس
وكبريتاته)

قال المؤلف ومن الخطر اعطاء هذه الادوية لجميع النساء بدون تمييز وتظهر
في حالتين كما كانوا يفعلون ذلك سابقا فعلى رأي معظم اطباء عصرنا يكون من
الانصاف اهمالها لكني اظن ان الطبيب اذا لم يأمر بتلك الادوية لمن يجعل
نفسه عند العامة عرضة للوم غير مستحق له يقينا ولا تنقبه المرضى فاذا ظهرت
ثور او حبوب على الجلد اوحى اوخراجات او الثآليل اخر نسبوها للبن
واذا فقدت تخاطيط الوجه زهاوتها وبهتت حجرة الخدين والشفتين وذهبت
براقة العينين ولعائنها وقوة تحركهما لم ينسبوا ذلك لسن المرأة وتقدمها
في العمر وانما ينسبونه لانتشار اللبن في جسمها ويلومون على الطبيب في كونه
لم يطردها هذا اللبن الخبيث في الولادة الاخيرة لها لكن مثل هذه الاوهام
لا تلمس عذرا للطبيب في اعطاء المسملات لما فيها من الضرر الذي قاله بعضهم
ولعدم نفعها بالسكية لكني اقول انها ليست كذلك فاني كثيرا ما امرت بها
وماريتها احدثت عوارض ثقيلة قط بل في كثير من الاحوال تعجل رجوع
وظائف الهضم بناتها

واخاف من فعلها اذا كان اللسان احمر مدببا وكان هناك علامات التهاب
في البطن واظن انها غير نافعة اذا رجعت القوى والشهية بسرعة وقوة
اما اذا كان اللسان عريضا او مبيضا او اصغرا او اخضر والقم مرابجينا والشهية

معدومة بل وان كان هناك حركة حية وتوتر وحساسية في القسم السراسيني فان المسهل اللطيف كثيرا ما يحصل منه نتائج جيدة وقد شاهدت زوال هذه الاعراض في اليوم التالي في اغلب الاحوال ثم رجعت العضة بسرعة غير مظنونة فاذا ازيلت من القناة المعوية الطبقة المخاطية الملونة لها بواسطة المسهلات رجعت هذه القناة لاحسن وظائفها الاعتيادية والافراز الكثير الذي يحصل في وجهها الخلى يفرغ من البنية المواد المؤذية لها ويعطى للوظائف الاخرى قوة عظيمة والذي اختاره من المسهلات هو ما سيجد في الصناعات بكمية ستة دراهم او ثمانية او اوقيتين من زيت الخروع فان تساجج ذلك اكيدة وما رأيتها سببت التهييج الذي يسببه غيرها من المسهلات

(الفصل الثاني)

(في مفارقة المرأة سريرها)

الزمن الذي يلزم ان تبقى فيه المرأة على سريرها يختلف والقدر المعروف عند عامة الناس تسعة ايام وعند لوفريت اربعة عشر يوما ونحن لانعتبر ذلك الاقدر متوسطا ونغالبا فانه قد يكفي لذلك خمسة ايام او ستة لكن من حيث ان الارتفاعات كابدت مشقة عظيمة والرحم حصل فيها استعداد لان تنخفض او تغلب والعضة فيها بعض ترزع ينبغي الاصطبار فبذل ان تجعل المدة من ثمانية الى عشرة تجعل خمسة عشر فن الغلط في جميع الاحوال رجوع المرأة لممارسة اعمالها بعد الولادة حالا كما يأمر بذلك بعض الممارسين للطب في اليوم الاول من مفارقتها سريرها فجلس نحو نصف ساعة على نحو ~~مكرر~~ مبطن وفي اليوم الثاني ساعة ويضع في الثالث ان تمنى خطوات وتفارق سريرها نحو ثلاث ساعات ثم في الايام التالية تراعى قواها وحالة تعيها بان تريح نفسها وتلازم سريرها ثانيا ثم تريض بالتزول الى حوش الدار وتمشي خطوات وتتفرغ في بستان البيت ان كان له بستان لكن من الخطر خروجها حينئذ من بيتها لتذهب لنحو زيارة ولي او قريب او لدخول مسجد او كنيسة فان المساجد والبساتين والحكايس تكون في الغالب واسعة بارزة ~~مكثرة~~ كثيرة الهواء وايضا

فان التشریفات التي تفعلها نساء الاوربا للسكائس في اول ولادة لهن يلتزم
فيما بان يجلسن على ركبهن زمن طويلا فاذا بكرن بذلك حصل لهن منه تعب
شديد وقل ان يستلن من الخطر فيكون ذلك يسبوعا لاصابتهن بالامراض
الثقيلة مع ان الاديان مراعى فيها حفظ الصحة كيف لا ومبنى الديانة على التبشير
فلا ينبغي مباشرة الولادة شيئا من ذلك الا بعد ان ترجع لها قواها وتتأكد
ان لا ضرر يصيبها اذا عرضت للهواء الخالص

(الفصل الثالث)

(فيما يلزم الوالدة النصراية من مراعاة الصحة يوم التنصير)

هناك عادة عند المسيحيين ينبغي للطبيب ان يتنبه لها وهي المائدة التي تصنع
يوم التنصير اذا فعلت في العشر الاول من يوم الولادة فعلى المرأة اذا جلست
على هذه المائدة ان يكون جلوسها مواءمة ومجانسة لافاريها واحباها
فلا تطيعهم في استعمال ما يعطونه لها بل من الحزم ان تبقى ملازمة لسريرها
اذ ذلك فان ندماؤها وان كانوا يمنعون عنها الاكل على الماء والمشارب
الا انهم في مدة الانتظار يلزمونها بان تأخذ جرعة من نبيذ كذا او كذا ثم من
طعام كذا او كذا حتى انها في آخر هذا اليوم الذي هو عيد عظيم عندها تجدد
نفسها بالامصابة باعراض ثقيلة توصلها بسرعة لفقد الحياة فيكون الاحسن
ان لا تجلس معهم على هذه المائدة ما لم يكن ذلك اليوم فيما بعد اليوم العاشر
بل الخامس عشر من الولادة مع انه يلزم ايضا حينئذ زيادة الاحتراس والتنبيه

(القسم الثالث)

(في الظاهرات الولادية)

السائل النفاسي والالم الرحمي المسمى بام التخليف وحى اللبن هي الظاهرات
الثلاثة الطبيعية الرئيسة التي تستدعي انتباها مخصوصا

(الفصل الاول)

(في السائل النفاسي)

السائل النفاسي مواد تخرج من القرح من وقت نزول الخلاص الى ان ترجع

الرحم لجمها وقوامها الطبيعي والمولدون يذكرون من المواد ثلاثة انواع مواد
دموية ومواد مضلية ومواد لبغيسة او صديدية او يقولون مادة حمراء وازاهية
وبعضا فالمواد الاولى تشاهد في اليوم الاول من الولادة والثالثة وهى دم
يكون في الغالب تقيبا والمواد الثانية تظهر بعد اربع وعشرين ساعة او ست
وثلاثين وتكون مكوفة من مصل مختلط بمقدار مختلف من الدم ولا تتجاوز ايام
حتى اللبن والمواد الثالثة تحصل عقب ذلك وتبقى الى الخامس عشر والعشرين
بل الى اليوم الثلاثين وتنتج من العمل الصديدي الذي يحصل في باطن الرحم
ولا تختلف الا في الكثرة والمدة وقد تقطع المادة الحمراء في اليوم الاول وتظهر
في الرابع وقال المؤلف وقد شاهدت رجوعها في التاسع ولم تقطع قبل الخامس
عشر بل شاهدت مكثها الى العشرين وقد لا يظهر السائل الصديدي اصلا
واحيانا يبقى زمنا طويلا بحيث يعسر في الاخر تمييزه عن السيلان الابيض
الزهري ويسهل فهم هذه الامور الخارج عن العادة اذا امعن النظر في سبب
هذا الاستقرار

فان الرحم وان خلصت من الجنين والخلاص الا انها لا يرجع لها عا لباجمها
وصفتها الطبيعية بعد الولادة مسالا وان كان قد شوهد رجوعها بسرعة على
نفسها واتفق في حالة اخرى ان كان حجمها كما يكون في الشهر السادس من الحمل
فكان ذلك حاملا على ظن ان هذا الجنين ثانيا قال انجليبي والغالب انها
اولا تجاوز قليلا الا قطار التي تكون لها في الشهر الثالث من الحمل وقد وجد
طولها قدما فرنسا وبافي اخرها ماتت بالتريف في اليوم الحادي عشر من الولادة
وكانت في اخرى عظيمة الحجم في اليوم الرابع عشر كما كانت وقت التخليص
ومحتوية على مخوم من اى قدر رطلين من دم اسود سائل في الحقيقة لا ترجع
لجمها الاعتيادي الا في نهاية الاسبوع الخامس او السادس الى الثامن وذلك
الزمن هو اول ظهور الحيض بعد الولادة بل دائما تبقى ازيد حجما يسير
عن ما كانت قبل الحمل ويريد ذلك العظم في الغالب كلما تكرر الحمل وفي مدة هذا
الدور يحصل في الرحم عمل بطبي بواسطته تفرغ جدرانها تدريجا السائلات

المرنحة فيها التي تذهب على الخصوص نحو قبحي فيها لان منسوجها في تلك
الجهة اقل كثافة فتمدد تلك السائلات فيه منفذا خالصا ثم لا فتي كانت
القنوات الغليظة الرحيمة غير خالية كان الذي يسيل منها هو الدم ثم بعد ذلك
يخرج المصل ممزوجا مع البقايا العفنة للبذرة والمخاطية للعضو نفسه اى الرحم
لكن بعد ذلك حالا يحصل تخرج حقيقى صديدي ينتج منه ماثل مشابه من بعض
الوجوه للسائلات الغير المعدية بضم الميم الاتية من قناة مجرى البول فيختلط
بالمادة المصلية والمخاطية الاتية من الرحم ومن ذلك يكون ما يسمى بالمادة
النفاسية البيضاء ومن النساء من تكون مدة نفاسها بعض ساعات ومنهن
من لا يحصل لهن شئ اصلا فقد ذكر ميلوط امرأة ولدت ثلاث مرات ولم تر للنفاس
قط وذكربعضهم امرأة ابدل نفاسها بقي الدم

والسائل النفاسي لا يستدعى الانظافة وفي بعض الاحيان يتقطع سيلانه
وقت ظهور حجي اللبن او قلها ان ينقص قدره نقصا محسوسا ومع ذلك لا يندو
ان يشاهد سيرها تين الظاهر تين معلبدون ان تنشوش احدهما الاخرى
فاذا انقطع عتاقبل ظهور اللبن او بعده كان من النشاف بحسب الظاهر ان يضم
للواسائط المستعملة لتهيئهم ما حقن التجويف الرحي بالسائلات المرخصة
او المنظفة

(الفصل الثالث)

(في الآلام الرحيمة بعد الولادة اى المغص الرحي)

المغص الرحي المسمى عند العامة بام التخليف يتبدأ في الساعات الاولى
من بعد الولادة ويتقطع في الغالب وقت ظهور حجي اللبن ويندر ان يجاوز مدة
السائل النفاسي المصلي ويكون اكثر واحد كلما كان الطلق اسرع واسهل
وقد يكون قويا جدا بحيث يتعب النساء تعباً شديدا ولما كان ناتجا من الحركات
العنيفة التي تفعلها الرحم لترجع على نفسها كان من اللازم ان يكون اشدوا كثر
تقارباً في النساء اللاتي ولدن اولاداً امنه في النساء اللاتي هن في اول حمل لهن
وذالك لان الرحم التي خلاصت مما فيها بسرعة في الحالة الاولى ولم تسرع

في الانقباض

في الانقباض على نفسها تمنع تكون الخلط الدموية في باطنها تاتم بان تنقبض
 لتطرد تلك الخلط او لتفصلها كلها تكونت وكل انقباض من ذلك يولد وجعا
 واما في الحالة الثانية فمن حيث ان الرحم اثرت زناطويلا على البذرة يحصل
 لها في الاخر تهيج شديد بحيث لا تسرع في الرجوع لجمها الطبيعي فيتجمع
 الدم في تجويفها فاذا لم يكن هناك خلط دموية ولا انقباض لم يكن هناك مغص
 رحمي فوجود الخلط الدموية يسبب الانقباضات والانقباضات تسبب
 كما في مسير الطلق الاوجاع ولتنبهك على ان هذه الاوجاع المسماة بالمغص الرحمي
 تختلف ايضا شدتها باختلاف المزاج والاحوال فتكون مثلا شديدة جدا
 في النساء العصبيات الارقاء المزاج اذا كانت الرحم مثالة قبل ذلك بان كانت
 في حالة قربية من الالتهاب اكثر مما في النساء المخالفة لهن في ذلك وان كانت
 الانقباضات في الحقيقة متشابهة في كل من الحالتين وبالنظر لتلك الخصوصية
 يسهل ان توضح للشدة القوية جدا لتلك الاوجاع وان لم يكن هناك اندفاع
 من اعضاء التناسل في بعض النساء وكذا قل شدتها في نساء اخر حيث تتطابق
 فيمن مع خروج الخلط الدموية الكبيرة الحجم وكذا ما يحصل في بعض الاحوال
 من كونهم لم تقص قصصها في اليوم الثاني بل استدامت زيادتها الى اليوم الثالث
 او الرابع وكذا غير ذلك ثم ان هذا المغص الرحمي لا يصح نسبته لغازات معوية
 كما ظن ذلك مورسوس ولا لاثرا الصامية رجمة كما قال بذلك ديونس ولا لتعيج
 في الرحم كما ذكر ذلك بوزوس واما الاحسن ان يقال كما قال دولوري ان الرحم
 التي تعبت جدا لا تنقبض على نفسها بدون وجع لكن لا ينبغي ان ينكر بالكلية
 تأثير هذه الاسباب فانه توافق البيان التعليمي الذي ذكره لوقريت لذلك
 ومن المهم عدم اثبات هذه الاوجاع بالتهاب رحمي او بري توني تولد من جديد
 مع ان ذلك امر عسر اذا كانت الاوجاع في اعلى شدتها ولا همال هذا التمييز غالبا
 قل توافق المؤلفين على اخطار الالتهاب البريتوني للولادي وعلى المعالجة
 المناسبة له فحي كانت الاوجاع متقطعة ولم يكن البطن في قتراتها متألما ولم تكن
 هناك حمى ولم تسبقها القشعريرة لم يخف منها ولم يلزم فعل شيء لها والغالب

ان يحصل بعدها احساس مؤلم شديد في الخشلة وسرعة في النبض وعطش
وحارة في الجلد لكن بدون ان يحصل من ذلك اعراض ثقيلة غير انه يلزم حينئذ
الاتباه والتذكر في ان ذلك قد يكون اول عرض لمرض مهلك

ومنى كانت تلك الاوجاع لطيفة تركت لوسائط البنية اويكني ان تعطى المرأة
كل صباح وكل مساء طاسة او طاستين من المنقوع الخفيف للباونج فانها قد
ترؤل بذلك غالباً في مدة يومين او ثلاثة وليحذر من الهز الذي كانوا يزعمونه
لتسكين تلك الاوجاع حتى في زمن مورسوس وهو اعطاء المرأة بعض قط من
دم المشية وربما نفع ما مدحه بورطال من اعطاء حقنتين كل يوم وذلك افضل
من استعمال ملح اسبوم اى كبريتات الصود الذي امر لوفريت باستعماله
ابا ما كثيرة بكمية قليلة وقد نفعت احياناً الاستحمامات المتعدية والحقن
المرخية او المخدرة قليلاً ويستعمل من الباطن ايضا المسكات او المضادات
للتشنج او الفصد الموضعي او العام مرة او اكثر مع تغطية الخشلة بضمادات على
حسب كون المرأة ضعيفة او عصبية او ممتلئة بالدم وقد يحتاج لان توجه اصبع
او اصبعان نحو العنق بقصد اعانة اندفاع خلطة دموية ملتصقة فان كانت
الاوجاع شديدة جداً امكن ان تنال نتائج جيدة من السليم المقرن كما حصل
ذلك للمؤلف وغيره وتعطى في الاربعة والعشرين ساعة ملعقة فلعقة
من الجرعة الولادية التي ذكرناها عند الكلام على انقطاع الاوجاع لكن
في معظم الاحوال لا يحتاج الى اسئعانة اصلاً فاذا انتهت حال الاوجاع
بصيرورتها دائمة او بمصاحبتها لرد فعل او خيف منها فاحسن العلاج لذلك
ان تمرخ الخشلة بمقدار كبير من المرهم الزبقي مخلوطاً كل اوقية منه بدرهم من
خلاصة الافيون واستعماله الى هذا الداء في الانتهاب انبريتوني والانتهاب
الرحى جلنى على ان امر به اذا استطال المغص الرحمى ودل على ابتداء التهاب

(الفصل الثالث)

(في رحى اللين)

تظهر رحى اللين غالباً في اليوم الثالث واحياناً في الاول او الثاني او الرابع

او الخامس

والخامس أو السادس بل قد لا تظهر الا في الثامن كما شاهد ذلك المؤلف وتبدأ عادة بصداع بدون قشمية ثم حرارة وجفاف في الجلد والنبض يكون اولاً صغيراً صلباً ثم يصير قوياً ويتورث الثديان وينتفخان ويصيران متألمين وذلك كله في مدة بعض ساعات بحيث تنقل حركات الذراع والصدر ثم يحصل عقب تلك الحالة تنديية في الجلد ثم عرق ويذهب ألم الرأس وتزول الحمى بعد ست ساعات او ثمانية او عشرة او ثنتي عشرة او اربع وعشرين ثم يحصل اندفاع اللبن غير ان الائد تبقى مفتوحة متألمة بعد هذا الدور سيما في النساء اللاتي لم يرضعن اولادهن

وفي مدة وجود الحمى لا ينبغي ان تعاطى المرأة اطعاماً ولا شروبات ولا مشروبات مسخنة فاذا كانت شديدة جازت لطيف القوة بقصد صغير لكن الغالب ان ذلك لا يستدعي الا الاحتراسات الصحية التي ذكرناها قريباً وظهور اللبن بسبقه في الغالب انقطاع سيلان النفاس او تقصه ثم بعد ذلك يرجع النفاس لسيره الاعتيادي واحياناً لا يظهر لاحدى هاتين الظاهرتين تأثير في الاخرى وقد لا يظهر النفاس ابداً بعد الحمى قال لوفزيت يحصل افراز اللبن بدون ان يحصل تكدر في البنية اذا اعطت المرأة ثديها الجنينها بعد تخلص المشيمة بساعتين او ثلاث فاذا زاد الزمن عن ذلك امتلأ الثديان امتلاء عظيماً وانتفخا وقورا وتراوماً ولما فظهور نوبة الحمى المسماة بالحمى البنية انتهى

(الباب الثاني)

(في التوابع الغير الطبيعية للولادة)

(القسم الاول)

(في انتقال الرحم عن موضعها)

(الفصل الاول)

(في انقلاب الرحم)

شهد انقلاب الرحم كثيراً مدة الطلق بل وفي غير زمن الحمل كما شاهدته المؤلف وغيره وحصوله من قصر الحبل السري كما قال بودلوك اولي من جعل سببه

ثقل المشيمة الذي قاله سبتيمير والغالب ان يكون سنيه الجذبات التي تحصل في الحبل قبل او ان حصولها ومثل ذلك ايضا الوضع القائم اى العمودى وقت الولادة او وقت التخليص واذا حصل الانقلاب التام فجأة جازان يحصل الموت فجأة ايضا كما شوهد ذلك كثيرا فقد ذكره ملتون سبعة احوال من هذا القلب ماتت المرأة في ستة جنهن قبل ان يتمكن من اسعافهن والغالب ان يكون غير نام ويعرف الانقلاب التام والغير التام للرحم بوزن محمرا او كالح يبرز في المهبل او من الفرج وبغيبوبة الكرة الرحيمة اعلى العاتين وبحصول اوجاع وتكرار انغماء وغشى وفحود ذلك وقد يقع الخطأ العظيم من اشتباه هذا الانقلاب بالبوليبوس فقد اتفق لامرأة انها ولدت بسرعة وخلصت مشيمتها قهرا ثم حصل لها انقلاب رجى في اليوم الثامن عقب براز شاق فعملت لها عملية الرد ورجعت الرحم لموضعها ثم نزلت بعد ذلك ثانيا فحملت المرأة لاجل ذلك لما رست ان فطنوه بوليبوسا وانه لا بد من ازالته بالآلات فوضع فيها الجفت ذوالكلايب فظهر الخطأ وكان نتيجة ذلك حصول التهاب رجى ماتت منه المرأة

وينبغي المبادرة في رد العضو المنقلب ولاجل ذلك تستلحق المرأة بحيث يكون حوضها الرفع من صدرها ثم يكبس الورم الخارج باليد الملتفة بخزقة رفيقة مدهونة بالزهر الابيض لكن يكون الكبس تدريجيا متساويا على جميع اجزائه بدون اهتزاز بان يدفع في اتجاه محور المضيق حتى يرجع لمحله الطبيعي ثم ان رده قبل فصل المشيمة كما قال دافمان اذا لم يحصل التخليص قبل ذلك بطريقة رديئة والاهتزازات الجلوانية التي اوصى بها بعضهم لا ينبغي تجربتها الا بعد تجربته غيرها من الوسائط وقد اتفق انه لم يمكن حصول الرد في حالة ذكرها لورواس واخرى ذكرها لوفريت وفي غير ذلك وبقي الداء كذلك سنة كاملة وذكر بروت امرأة عاشت كذلك بدون ان يحصل لها خطر واتفق في بعض المشاهدات انه احدث اوجاعا مهولة ماتت منها المرأة واتفق في حالة ان الطبيب دويس التزم ان يتم الانقلاب فسهل له الرد بعد ذلك بنجاح وذلك لان الرد يكون

في الغالب سهلا اذا كانت الرحم كلها منقلبة فاذا كان المنقلب جزأ منها منتهيا
بطرف مدبذب في اعلى المهبل فالغالب ان يحصل له اختناق في العنق ويمكن
ان يكون معه ايضا عروة معوية فيسبب في الغالب اوجاعا وعوارض
ثقيلة جدا

فان لم يمكن رده لزم الانتظار ومقاومة الاعراض المتعبسة واما ربط الورم
واستئصاله فلا يحزم بفعله الا بعد اليأس بالكليّة من الوسائط الاخر وزعم كثير
من المولدين نجاحه وطريقة فيا رديل في الانقلاب الكلي هي الاحسن
وقبلها كثيرون واستعملت في البقرا ايضا وهي ان يلف الورم بحرقه ثم تستخدم
الاصابع لرده فتكون بمنزلة مكبس وفائدة لف دأثرته بالحرقه حتى تصير له
كنكيس هي منعه من الامتداد حينما يدفع فاذا لم يكن رده بعد سقوطه حالا
ينبغي كبسه كبسا اعتدرا بتدريجيا ومما ينبغي التنبيه عليه هو ان الانقلاب
للرحم كما يحصل وقت الولادة او وقت التخلص يحصل ايضا في اليوم الثامن
لذلك وفي العاشر وفي الثاني عشر بسبب براز عنيف

(الفصل الثاني)

(في الانتقال البسيط للرحم عن موضعها بعد الولادة)

سقوط الرحم الذي يشاهد كثيرا في الايام الاول من الوضع في النساء اللواتي
حوضهن واسع جدا ونسوجاتهن متخلخلة وعمانهن متمزق او اللواتي فعلن
حركات عنيفة بدون تمييز لا يستدعي شيئا بعد الزد الا الراحة والوضع الافق
وانما الالباس ان يضم لذلك بعض غسولات قابضة او ايكاس تبل بالنبيذ الاحمر
مثلا اذا لم يكن هنالك تهيج ولا تستعمل الفرازج الا بعد ذلك بكثير
وانثناء الرحم الى الامام او الى الخلف اعنى الحالة التي تميل فيها بحيث يستند
قعرها امام العجز او خلف العانة يعرف بالعلامات التي للانقلاب الخلفي
او المتقدم ويستدعي علاجا مثله تقريرا والانشاء الرحم الخلفي الذي هو اكثروا
حصولا مما يظن فتمى حاله غالبا بصيرورته عارضا ثقيلا فان الرحم في هذا الوضع
يصير محلالاتها مزمن فيحصل لها التصاقات بما يجاورها بحيث يصير

ارجاعها لموضعها غير ممكن * قال المؤلف وقد شاهدت سابقا هذه الحالة خمس عشرة مرة خارج زمن الحمل غير ان هذه المرات انما كانت من توابع الولادة واحدى هؤلاء المرضى ماتت بعد خمس عشرة سنة من امسالك بطن عسر جدا فاذن يكون ذلك من الموضوعات المهمة دراستها

(القسم الثاني)

(في انواع مختلفة من الهتك)

قد يحصل من الولادة انواع كثيرة من الهتك كهتك عنق الرحم والمهبل والعجان والفرج والفصل العجزي العصعصى

(الفصل الاول)

(في استطالة عنق الرحم وتمزقه)

قد يطول في بعض النساء بوزطنشيا وجميع الجزء الخالص من العنق ويتقرش هذه الطاق على جزء الجنين الذي نزل اولاً بحيث يتكون من ذلك سماعاً على الرأس شبه قلنسوة مثقوبة او دائرة مستطيلة طولها بجملة اصابع وذلك لانه ثبت بالتجربة ان عنق الرحم بعد خروج الولد حالاً يبقى واسعاً رخواً من جهة المهبل امامنا الاعلى فيضيق بسرعة وان اليد التي كانت تدخل اولاً بسهولة اذا وصلت الى الاعلى تكابد مقاومة في نفوذها لباطن الرحم فينتج من ذلك ايضا ان العلو القريب جداً للولادة الاخيرة يكون سبباً حقيقياً للاجهاض كما ذكر ذلك بعضهم فالشفة المقدمة هي التي تكون معرضة لتسلك الهيئة اكثر من الاخرى فاحياناً شاهدت متفخعة على شكل حوية ثم تنزل الى قرب الفرج على هيئة منديل تمزقه الرأس وربما مزقة في نفوذ من التقعير واتفق ان قابلية ظنتها المشيمة فزقتها الى اهداب كثيرة وربما فزع من رؤيتها اذ لم يعرف اصلها والنساء اللواتي في اول ولادة لهن معرضات لذلك اكثر من غيرهن وقد ذكر هذه الهيئة وشاهدتها كثير من المؤلفين ومنهم بورن حيث قال قد تطول الشفة المقدمة اهذه اقوهة جملة قراريط فيلزم دفعها بالاصابع الى الداخل وشاهدتها المؤلف ثلاث مرات منها حالة جاء الجنين فيها بالحوض

فإننا شك فيها في الابتداء كان من النافع أن تحفظ حوائى القوة في كل اقتباس
 بأطراف الاضامع لكن قد يكون هذا الاحتراس غير نافع بل قد يكون خطرا
 والقطع المتمزقة من تلك الاهداب تنكمش وتحول الى مجرد حديدات يسهل بعد
 ذلك استئصالها اذا تفرق النعامها فاذا لم تنكبد تلك القوة تفرق اتصال
 زالت تلك الاستطالة في بعض ايام كما شوهد ذلك فاذا يكون ذلك من العوارض
 التي يقل الاهتمام بها واما شقوق العنق نفسه فهي وان كانت في الابتداء
 واسعة عميقة وليست في الغالب قابلة للالتحام الا انها ترجع بهذلك لشي
 يسير بحيث لا تستدعي معالجة خاصة فالجزء من القوة الذي يوجد غالباً بعد
 الولادة متمزقا هو الذي يجاذى عمر القمودة اذا جاء بالحسين بالقمة او المحاذى
 للجهة او القمة اذا جاء بالوجه او المحاذى للقمودة والجهة ايضا اذا جاء بالحوض

(الفصل الثاني)

(في هتك المهبلي)

ليس حرا اذا كان تنكلم هنا على التمزقات الرجعية المهبلية وانما تنكلم على الثقوب
 التي تنشأ منها النواصير المشانية المهبلية او المستقيمة المهبلية وهذه الجروح
 التي تشاهد سيما في النصف السفلي للمهبلي تحصل من ثلاثة احوال فالاول من
 الانجذابات التي تنجها الافعال القوية الرجعية بجذبها العنق نحو القعر وثانيا
 من ضغط الرأس من الامام او من الخلف مدة نزوله وثالثا من الرض الناشئ
 بتلك الكيفية او من اعمال الطبيب المولود فالتمزقات الاولى التي هي عادة اوسع من
 غيرها تشغل في الغالب الحاجر المستقيمي المهبلي ومثل ذلك ايضا الثواني التي
 يمكن ان تكسب اقطار عظيمة واما الثالث فخصولها من الامام وكونها تنشأ
 من احتسكال الرأس بقوة على الارتفاق العالي اكثر من حصولها من احتسكاله
 الرأس بمقدم العجز والاسباب المهيئة لذلك هي حجم الجنين او عدم تساويه
 وضيق الحوض او تشوه تكوينه والتواءات العظمية والاورام بانواعها التي
 قد تظهر في باطن التقعير والالجمة والالتصامات وتضايق المهبلي والفرج
 والاسباب الواضحة لهذا التمزق هي مسك الرأس مدة طويلة بين المضيقين

وسرعة نزوله من المضيق العلوى لارضية الحوض والحركات القوية التي
تفعلها بعض النساء وجفاف الاعضاء في كثير من النساء اللواتي
هن في اول حمل لهن

والتمزقات التي تنجم من اعمال الطبيب الرديئة الاتجاه هي التي تكون في الغالب
اعلى من غيرها فالتى من الامام تحتوى على قعر المثانة لا على مجرى البول والتي
من الخلف تنفتح في التقعر المستقيم المهبلى لافى المعاء نفسه بحيث يمكن
ان يوجد فيه جروحة من الثغرات كما ثبت ذلك في بعض المشاهدات ولما التمزقات
التي من الاسفل فتحصل بالاكثر من مرور الرأس بسبب تغير اتجاه القناة
الحوضية وبسبب ان قناة البول المحوية في العمود المقدم من المهبل تكون
على شكل حبل اصلب واسمك مما يظن غالباً فيصل الرأس باطراف القوس العاني
عندما يزول استئصال المستقيم بالعصص ويعين على حصولها هنا كثرة عذد
ثنيات المهبل وعظمها ولما كان الذي ينتج من ذلك غالباً هو الرض او الشد
او الهرس او بعض خشك يشات لا الانتقاب الحقيقي لجدران المهبل كان
وجود تلك التمزقات لا يدرك احياناً الا بعد التخليص بايام بل باسابيع

(المبحث الاول)

(في الانتقاب المتأخر المهبلى)

للتواضير المتأخرة المهبلية يسهل معرفتها بحيث لا يحتاج هنا لذكر علاماتها
فيكفى لدفع الغلط فيها مرور البول من المهبل واستعمال الجنس والمرىة
الرحمية والاصبع وهي ليست غادرة الحصول فاذا كان الطبيب كالاركان
لم يشاهد هاتى دبلان الا في اربع نسوة من عشرة آلاف امرأة فلقد شاهد ريان
منها عشرة امثلة ومثلها سبعة ويعسر سده هذه التواضير مع ان كثير منها انتهى
بالشفاء من ذاته قال مورسوس اذا كانت صغيرة زالت في ستة اسابيع او شهرين
اما اذا كانت كبيرة فانهما تكون عديمة الشفاء وقد ذكر الطبيب بوه فاصوروا
واسعاً من هذا النوع حصل من غنغرينا في المهبل التحمت لكن بحيث سببت
احتباس البول والتمزق ان يلقى المرأة على بطنها لاجل جسد ولا يمكن شفيتها

بعد ذلك وذكر بلونديل شفاء ناصورين احدهما من مهبلي واسع والاخر
مستقيمي مهبلي وبما ثبت ان هذه النواصير قد تنسد من ذاتها مشاهدة للطبيب
ريان وهي ان شابة عمرها عشرون سنة صغيرة القامة جيدة الصحة **مكثت**
في الطلق ثلاثة ايام فحصل لها ناصور من مهبلي ومستقيمي مهبلي فراهها
جلمة اطباء فبعضهم رأى لزوم العملية وبعضهم عدم لزومها وكانت القوة
المفرجة للمهبل ضيقة جدا ولا يبحث فيها ريان رهاها كأنها بكر قرأى شريطا
ايغيا في محل غشاء البكارة ورأى ناصورا طوله قيراط ونصف وعرضه ثلاثة
خطوط فامر بوضع المرأة موضعا مناسبا ووضع سدادات مزينة فزاد الضيق
وبعد ذلك انسدت المهبل والناصور وقد شفي ايضا نساء اخر بدون عملية وشوهد
خاص من تلك النواصير **مكث** مع امرأة خمس عشرة سنة * قال المؤلف
وقد شاهدت ايضا سنة ١٨٣١ عيسوية شفاء ناصور مجرى مهبلي من ذاته
في امرأة ضيقة الحوض **مكثت** ولادتها اذ آثما عشرة حتى بالجفت وذكر
دولوري وكذا الوفريت ايضا انه اذا كانت النواصير الثانية المهبلية غير قابلة
للسفام لم تكن كذلك نواصير مجرى البول

وقد حصل نجاح من الخياطة المستدامة بابر وحامل ابر اخترعت لذلك
وبالخياطة مع الكي بنترات الفضة وباستدامة وضع محس في المثانة وسدادة من
خرق قديمة في المهبل وانبطاح المرأة على بطنها او جانبها * قال المؤلف وازيد على
ذلك ان المثانة في بعض الاحوال انضمت مع المهبل الذي فتحته الخارجية انتهى
حاله سبابا انسدت بالكلية فلم يخرج منها دم الحيض ولا البول فتخرج من ذلك
اوجاع وتشنجات وقديتة في مثل تلك الاحوال ان يسقط حصي في المهبل
ولذلك اخترع ريكمير وكومبات وغيرهما آلات جديدة لتصير بها خياطة
النواصير الثانية المهبلية اسهل واكد لكن اظن انه لا حاجة لشرحها لما انها
دقيقت الى الآن بدون استعمال فان كان الناصور محاذيا لمجرى البول كان
تكرارا للجنس للمرأة اولى من تركه الا لمستدامة في مناتها

فاذا التزمت المرأة ان تعيش بمثل هذا العيب فلتستعمل وعاء من الصمغ المرين

تضعه في المهبل ليقبل البول ويمكن معه سيلان دم الطمث ويخدم لتثبت
محس في المثانة فهذه واسطة تستعمل كمينية مفضلة على شبه المثانة الذي ذكره
دوچيس

قال المؤلف وهذا لعملية يلزم تجر بها ولقد قصدت من مدة طويلة استعمالها
غير ان المصادفة لم تساعدني على ذلك وهي ان يكرى الناصور والجدار المقابل له
من المهبل كاشبيدا وان يجعل فيهما التهاب شديد باى كيفية كانت ثم يجعلان
متملأين بواسطة جسم موسع يثبت في المستقيم فتى انسداد الناصور بواسطة
التصاق المهبل جازان ينقطع امتداد هذه القنطرة اعنى المهبل اذا كان ذلك
مرغوبا للمرأة واطن ان هذا احسن من ان يقصر الامر على السعى في سد
الفجوة الفرجية للمهبل كما هو رأى بعضهم لكن ينبغي انتظار نتائج التجربات
قبل ان يحزم بهذه الطريقة واما الطريقة التي اخترتها للنواصير الهوائية
واعرضت وضعها في بعض النواصير البولية سنة ١٨٣٢ عيسوية فقد
استعملها البعض في ذلك غير انه الى الآن لم يوجد دليل قوى لنجاحها في ذلك
ولتزد على ذلك وفاقا للجراح لريه ان كثيرا من النواصير المائية المهبلية التي
ذكرها شفاءها لم يكن هذا الشفاء فيها حقيقيا ومن ذلك النواصير التي كانت
موضوعا لعمل الطبيب لالمندوفيليب وويدها فان النساء المصابات بها يحقن
امرهن على الطبيب فيقلن قد حصل لنا الشفاء والطبيب يقبل من ذلك
ويصدقن مع ان الامر يخلاف ذلك

(المبحث الثاني)

(في الانتعاب المستقيمي المهبلي)

النواصير المستقيمية المهبلية يوجد منها ايضا ما شفى من ذاته كما يعلم من
المشاهدات وزعم لوفريت انه شاهد شفاءها مرات كثيرة بسقوط الرحم
وذلورى بالخياطة او انخفاض العنق او وضع انبوبة غليظة في المستقيم وذكر
نقواس انه شاهد شفاء ناصور منها بالخياطة مع انه استعمل فيه قبل ذلك
عمليات كثيرة بدون نجاح ودورل استعمل الضغط والدفع على البطن بنجاح

وهذه طريقة لها نسبة تامة بطريقة لوفريت ودولوري واما ضغط التواصير
المستقيمة المهبلية بواسطة صفيحتين مغلفتين اى ملفوفتين بشئ فيه اين توضع
واحدة منهما في المستقيم والاخرى في المهبل وتثبتان بربطة تقرب فواسطة
ردية وان قالوا بنجاحها في بعض المرات

(الفصل الثالث)

(في تمزقات العجان)

تمزقات العجان اشبهت غلطا في كلام العامة بتمزقات الفرج مع ان هذه انما هي
في الغالب شقوق تمتد كثيرا او قليلا من الامام الى الخلف او من الجانب
الى العجان واما تمزقات العجان فهي انتقابات حقيقية تبقى معها دائرة الفرج
والشرج في غاية السلامة فلاجل التفسير بينهما حسب الامكان نسمى
احدهما بالتمزق الفرجي للعجان والاخر باسم الانتقاب

(المبحث الاول)

(في انتقاب العجان)

التمزق المركزي للعجان الذي شاهده سابقا في انكلتيرة ارفيه في فرس وبعده
بيانى في امرأة كان فرجها مريضا صار من سنة ١٨٢٩ عيسوية في قرانسا
موضوعا لمشاجرات عظيمة ولما تقدمت المشاهدات التي ذكرت له بيان الاحوال
بيانا شافيا وكان هذا الانتقاب على حسب الراى الذى ذكر لكيفية حصوله
غير ممكن تمسك فابرون ولم يزل متمسكا به لم يثبت الى الآن وجوده
بحيث يخرج الجنين من العجان بدل ان يدفع من الفرج وفي الحقيقة يظهر انه
يعسر يادى الراى ان يدرك ان العجان الذى هو في الحالة الاعتيادية قيراط
او قيراط ونصف يعطى بتمزقه فتحة كافية في العظم لان يخرج منها رأس الجنين
ومنسكاه بدون ان يشتمل ذلك التمزق على العضلة العاصرة للشرج او العاصرة
للمهبل لكن اذا تأملنا في ذلك ولو قلبنا لارزى خلاف ذلك اى ان ذلك سهل
فان كل مولد يمكنه ان يتحقق ان العجان من حيث انه في آخر الطلق يكون مندفع
مسترقا متوترا بالرأس او امة عدة يكتسب احيانا طولا من ثلاثة قرار يبط الى

اربعة وان الرأس يتغلف معظمه به كقلنسوة فله فلذلك قد يحصل في هذا الوقت
تمزق جزئه الاكثر وتزافيتحول حالا هذا البساط العريض الى دائرة قابلة
لان تنسع انساعا عظيما ككثر من مجموع العجان الغير المنقب ولاى شئ لا يمر
الرأس من ثقب في وسط العجان كما يمر من الشرج بل ومن القرج مع ان هذين
لا يتوان الا بمساعدة هذه الاجزاء الرخوة نفسها فاذا ن يكون خروج الجنين اسهل
كلما عظم دائرة الفوهة بانسباط الاجزاء القريبة لها وبسعى التمزق لانتجاهات
كثيرة واما المقاومة في الطرق الاعتيادية فتكون بالضرورة اعظم
واعترض قايرون بان التمزق المركزى للعجان لم يشاهده اغلب من تكلم عليه
الا بعد الولادة فيلزم لدفع الشك ومدق الوثوق ان يكون المشاهد مولدا ماهر
صادق السريرة يشاهد مرورا الطفل من هذه الفتحة هـ قال المؤلف وهذا
الاعتراض ضعيف من كل وجه فقد شوهد حصول انتقاب واسع اتصل بالمهبل
وان الحبل السرى تقدم منه وجذب منه وقت الولادة منه ايضا وعندنا امور
واقعية الا ان حصل فيما هذا التمزق بمشاهدة انخاص يعول على مشاهدتهم
فمن ذلك امر أمة كنت في الطلق من ابتدأ يقظتها من النوم الى المساء
سنة ١٨٢٥ عيسوية وطلبوني للحضور في الداعة الخامسة من الصباح
الى في خامس ساعة بعد نصف الليل فرأيت المرأة قوية عظيمة القامة وكانت
في اول حمل لها واول جاءها التي كانت خفيفة من الساعة السادسة الى نصف الليل
اشتدت جدا في الساعة الثانية بعد ذلك حين دخل الرأس في التقعير فرأت
القابلة ان الجنين يعمل للخروج من الشرج فالتزمت ان تدفعه بجانب القرج
بمسكها العجان بجميع قواها ومع جميع ذلك حصل التمزق فلما حضرت ورفعت
القابلة يديها ومراعاتها المرأة رأيت القمة كلها خارجة من الحاسر العجانى
وفي الوضع الاول ثم خرجت بقية الرأس ثم الجذع حتى خرج الجنين كله فو رأيت
غلاما قوى البنية شديد الحيوية ولما رأيت القرج ضيقة فترك الحبل في الفوهة
العارضية وجذبت منها الخلاص وقبل ان يخرج الرأس ظنوا انه سيخرج
من الشرج لكون مجمع القرج لم يزل حافظا لسمكه لكن ثلارجة الاعضاء

على قسمها بعد الولادة يسرلى ان التحقق بالاصبع وبالعين ان العضلة العاصرة
للشرح لم تكابد تفرق اتصال اصلا ورايت جرح العجان غير متساو وله اهداب
مشرقة وفيه تعقير قليل من الخلف وكان امتداده الى اليسار اكثر منه الى اليمين
بالنصف فكان اقرب قليل الى الشرح منه الى الفرج * واما المعالجة فقصرتها
على الراحة والنوم على الجانب واستعمال الحقن والغسلات من مطبوخ
جذور الخطمية ولم اضع على الجرح شيئا من مواد التغيير فالتئم الجرح بما ذكرته
في نهاية ثمانية عشر يوما وبه ذلك يبعث اشهر حملت هذه المرأة وجاز من
ولادتها في العام التالي فولدت من الطرق الاعتيادية ولم يحصل لها شيء
من العوارض ولم نتج للاستعانة بشئ بل خرج طفلها وحده مدة كون زوجها
يقش على وعندنا من مثل ذلك امثلة كثيرة خرج فيها الجنين من ثقب العجان
لا حاجة لاتباعها ومن حفظ حجة على من لم يحفظ

اسباب هذا العارض **بذكرها** جيدا الطبيب مروفتها زيادة بروز الزاوية
العجزية القوية والانحراف العظيم للمضيق البطني وعدم تقوس العجز
ويبوسة مفصل العصعص واتساع المضيق السفلي وسببا من الخلف وضيق
انقوس العاني وافراط طول الارتفاق العاني والضيق الطبيعي للفرج
كما في بعض النساء اللاتي في اول حمل لهن اويبوسته المرضية وطول العجان
والاستقامة التامة لجميع الحوض **المحد** كون جميعه على خط مستقيم تام
الاستقامة والحركات العنيفة التي تفعلها المرأة والتزول السريع للرأس
والاوضاع القصدوية الخلفية بل والمجيء بمرفق او قدم واحد وبالاختصار جميع
ما يتعب استقامة القصدوية في محاور الفرج او يقهرها على ان تتبع محور المضيق
العلوي الى نهاية الطلق وكذا يخاف من تمزق العجان اذا كان الرأس بعد
خروجه من المضيق العظمي قب هذا العجان تقبعا عظيما بدون ان تسترق
حافته المقدمة **وكذا** اذا كان بانقذافه الى الامام ثنى الفرج وقصره
بدل ان يطيله ووتره وكذا اذا عرف وجود بعض من الاسباب التي ذكرناها
فوجود سبب منها يكفي وحده للتشخيص فن غير النافع البحث عن العلامات

الانذار بليس هذا العارض خطرا واما من مات بذلك فانما كان معها خلافة
من الاعراض الاخر الثميلة والغالب شفاء النساء منه بسرعة بدون ان ينتج
من ذلك اذى في خطر في الولادات اللاحقة

العلاج • العلاج الصحيح يقوم من استعمال حقن الاستقيم لينقي البطن مطبوقا
وكذا حقن المهبل والغسلات المرخية واستحمامات المقعدة وتقارب الفخذين
وعدم حركاتهما للاعانة على التصاق شفتي الجرح واستعمال الاغذية الخفيفة
اللطيفة ولا يتطعم القيد المقدم الا اذا كان رقيقا جدا او قد استعداده للالتصاق
ثانيا من الخلف فيكون العلاج اذ ذلك الشق صغير يستكمل عليه في الفصل الآتي
واما نظيفة بواسطة المراهم والحقن او ككيه كاخفيا او احيائه بالادماء
والخياطة فلا يصير هذا كله نافعا ويجبر بالادامضي الزمن اللازم لحصول
الشفاء الذي اى الذي يحصل من نفسه ولم يحصل وكان هذا التقادف مستدام
للمواد الثقيلة او فساد عظيم بحيث لا ينفع انتظار الالتحام بدون استعانة
من الصناعة

(المبحث الثاني)

(في الشقوق الفرجية)

تمزقات الفرج التي لا تحتوى الاعلى الشوكة ولا تمتد للعجان الا بقدر ثلاثة
خطوط او اربعة يقل الاهتمام بها بحيث لا تستدعى اتباعها خصوصا ومثلها
التي تكون في الشفرين الكبيرين وتكون مستعرضة وذاهبة قليلا امام المجمع
الخطي وجانبه واما زعم انه كثيرا ما انفصل البظر او حصل فيه رض من الرأس
في زمن الطلق فالظاهر ان ذلك غلط نشأ من اخذهم البظر بدل الشفرين
الكبيرين الذين كثيرا ما يلدخلان في ذلك التمزق فاذا لم يلتصقا اولم يلتحما بكيفية
مناسبة سهل قطع الاهداب المتكونة من ذلك بدون ان تحصل اخطار ثقيلة
واما شقوق المجمع التي فيها بعض عمق او التي امتدت الى قرب الشرج وسمي التي
اشتملت على العضلة العاصرة بحيث اختلطت فتحته المهبل والمستقيم المجامعتين
بعضهما فانها تستدعى اتباع الجراحين وذلك لو فرغت ان حصول هذا

العارض

العارض في جانب الشوك أكثر من حصوله على خطها المتوسط وشاهد المؤلف
تضاعف هذه التمرقات أي كثرتها وان اهدأ من الصغيرة ذاتها كانت كاهو
طبيعتها شأ عنها الجثة اوقودا ووجدت يمكن ان يغش الطيب فيها ويظن انها
تولدات زهرية

الاسباب في الاوضاع القعدوية الخلفية واوضاع الوجه والاليتين ليست
وحدها هي التي تسبب الشقوق العجائية كما ذكر بعضهم بل أي وضع من اوضاع
الرأس قد يسببها كثيرا كما تحصل من سوء الاتجاه قدم او مرفق او ركبة ومثل ذلك
ايضا المنكب والاعمال الرديئة من الطيب وعايبي لها ايضا ارتشاح الشفرين
الكبيرين وجفناهما وينبغي الاتقاء والحفظ في مرور رمانة المنكب الخلفي
في اوضاع الرأس اذا اندفع الجنين فجأة

الاتذاري اخطار الشقوق الواسعة في العجان نصير الحياة ثقيلة وتكون منها
تشوه مقرف فاذا وصل الشق الى الطرف السفلي للعاجر المستقي المهبل
خرجت منه المواد الثقلية بحيث لا يمكن غالبا امساكها في محلها فيتحول
المهبل الى بالوعة كريهة وتكون المرأة في حالة تشبيه بمن تحمل معها شرجا
عارضيا وزوال ارضية انتة غير نصير الرحم قابله للسقوط بحيث لا يمكن منعها
عن ذلك بالفرازج واما التلجج حينئذ فيكون فيه تعسر وان شاهد مورلان
امرأة حملت مرتين ومعهما تلك الحالة وشاهد المؤلف امرأة اخرى في رابع حمل
لها لكن لا يؤمل في الولادات الاتية منافع جليلة وذلك لما اثبتته دولاموت
من ان الذي يمنع مرور الرأس اذ ذاك هو المضيق العظمي لا العجان ولا غيره
من الاجزاء الرخوة

حصول الشفاء من ذاته والغالب ان تترك التمرقات الصغيرة لوسائل الطبيعة
وان كانت قدرة مفرقة لان شفاءها من ذاتها ليس نادرا واما وسائل الصناعة
فليست دائما معقوبة بالنجاح ومشاهدات الشفاء الذاتي كثيرة فقد ذكر تيمونس
سابقا امرأة تمزق عجانها كله وشفيت من ذاتها بدون علاج وذكر بوه امرأة
فقيرة باسرتها قابله في ولادة شاقة ولم تحسن مباشرتها فانشق عجانها بحيث

صارت لا تقدر على مسك مادتها الثقيلة ولا مادة الحلقن وشفيت من ذلك كله بدون علاج وبعضهم بعد ان تسكلم على الخياطة قال ينبغي ان تمنع المرأة نفسها مما يسبب لها الحمل وذكر د ولوري ان هذه الجروح الواسعة تشفى بدون خياطة وقال بروس اتفق لي ان شق العجان الى الشرج كان من الموارض المحزنة لكن اذا حفظ تقارب الرجلين بواسطة شريط حصل الشفاء جيداً كما انما علمت الخياطة انتهى بل ذكر ان سكان ان الخياطة غير مناسبة اصلاً واختار ذلك كثير من الاطباء بل جعلوه قاعدة من القواعد فزعم الطبيب روس انه لم يسهل اصلاً حصول الانضمام بمساعدة وسائط البنية فقط بعيد مع انه شوهد انضمام تام بذلك في حالة ذكرها تركتني واضطر بعد ذلك لشق وتوسيع مدخل المهبل لينتأق الوطئ فيه

الخياطة هي وان لم تنجح في كثير من المشاهدات كما في بعض مشاهدات لدبواس الكبير والصغير وغيرهما الا انها كثيراً ما حصل منها نجاح فخلوص عاجل شفا استطلال الى الشرج بالخياطة اللينة فشفيت المريضة في خمسة عشر يوماً ودولاموت الذي يرى ان الخياطة لازمة استعمل ثلاث غرز في حالة من الاحوال منها غرزة في الخارج المستقي المهبل وغرزة في العجان قرب الشرج والثالثة فيما حول الشوكة ونجح ذلك بدون عائق وكذا نجح مع غيره ومنهم من نجح معه الخياطة المرودية التي فعلها بعد الولادة بشهر فشفي الماء في ثمانية ايام واتفق الشفاء بالخياطة البسيطة وكذا نجح مع د بويتزن ونسب د يافنك مر في النجاح اللتين حصلتا له للشقوق الجانبية التي فعلها على الجوانب ومدح بوش في احوال تمزق العجان هذه الطريقة وهي ان يعمل شق على هيئة قطع ناقص اي قريب للبيضاوي في كل جانب في جانبي الخياطة وقد شفى بالخياطة تمزق الخارج المستقي المهبل على يد بعض الاطباء واختار الخياطة المرودية لذلك حيث لم يوجد ما يعارضها وقد نجحت مع الجراح روس في اربع مرات من خمس مع ان الظاهر ان الخامسة التي ماتت معه عقب العملية كانت دأواً متعلقا بعمل سابق وبقرحات زهرية وامتنع مؤلفنا من علاجها فبقوا

ذلك بجمعة عشر شهرا حين جاءت تحت يده في المارستان وفعل معها قطع قيد
بسيط في المستقيم لاعلمية ناصور الشرج كما قال الجراح روس حسبما اخبر بذلك
عن غير ثقة (انظر تفصيل هذه المشاهدة في كتاب روس في العمليات

(المبحث الثالث)

(في ملح العصعص)

النساء اللاتي لم يحملن الا بعد ثلاثين او اربعين سنة وقدمضى عليهن زمن يتبين
فيه عصعصهن غالبا قد ينكسر منهن ذلك العصعص او يتخلع مع لفظ وقت
مرور الرأس من المضيق السفلي وذلك العارض شاهده دائمان واعتبره ريان
كثير الحصول وقد لا يتخلع العظم ولا ينكسر وانما يجذب مفصله بشدة ويمكن
ان تسبب عن ذلك آلام شديدة والتهاب حاد او مزمن وتقيح وتسوس وانبرآه
في العظم وجميع ما يشاهد في ملح غيره من المفاصل وقد شوهد فصل العصعص
بالكلية من العجز وانتهى حاله بان دفاعه وخروجه الى الخارج وزعم بورن
ان خلعه الغير القابل للرد يعقبه خراج ينفتح غالبا في العجز ودويس الذي تكلم
كثيرا على نتائج الحركات العنيفة التي تحصل على المفصل العجزي العصعصى
مدة الطلق قال ان الآلام التي تكون احيانا حادة جدا وتعرض في مثل تلك
الحالة لا تسكن الا باستعمال الكافور بكمية وافرة والافيون ودهن الفرعر
وقد يحصل تعسر شديد في تشخيص كسر العصعص وخلعه وملحه لكن ذلك
نادر والعلامات الرئيسة لذلك هي تغير محل العظم وقابليته للحركة الغير
الاعتيادي والالوجاع التي تستشعر بها المرأة وتزيد من الحركات العنيفة
للبراز ومن ادنى ضغط والمعالجات التي تستعمل على حسب الاحوال
هي الحقن المرخية والمستحضرات المخدرة قليلا من الباطن وكذا من الظاهر
والعلق والضمادات اذا ظهر الالتهاب والرفائد المحملة والدهانات والماهرام
المسكنة والمنبهة قليلا اذا امكن التحذر من التقيح وشق الجلد او باطن المستقيم
ليخرج منه الصديد او السائلات المنصبة وتستخرج منه الشظايا العظمية
وما قلناه في العصعص يقال كله او معظمه في الارتفاقات الاخر لعظام الحوض

فلا حاجة للاطالة بدون فائدة (راجع فصل الحمل والشفق العاني)

(الفصل الرابع)

(في اوذيما الفرج)

الارتشاح في منسوج الاعضاء التناسلية الظاهرة يمكن ان يزيد بحيث يسد الفرج فيمنع سيلان النفاس فاذا كان الانتفاخ لينقاويا خالصا وبدون الم كني لازالته فعل تشاريط عميقة في الوجه الباطن للفرج فاذا كان هنالك حساسية اى الم وعلامات التهاب استعمل الاستحمامات والصب والضمادات المرخية بل والعلق اذا استدعاها الحال واما الخراجات التي تشاهد فيه احيانا فتعالج كما في غير هذه الاماكن نهاية ما يلزم هنا انه يبكر بقصها فحقها واسعا

(الفصل الخامس)

(في النتائج الاعتيادية للولادة)

الاحتكاك والانضغاط وجميع انواع الحركات العنيفة التي تكابدها الاحشاء المحوية في حوض المرأة قد تسبب للولادة اجتناس البول او سلسه او البواسير او امساك البطن

فاولامن جانب المثانة * يحتاج اجتناس البول للاحتراس والاتباه نظرا الى ان المرأة لا تشكو منه في الاستدأه آتما فهو يستدعى نفس الوسائط التي يستدعيها الخراف المزاج التابع للولادة اعنى الوسائط التابعة لان علاجه الذاتي هو وضع القفا طبر وتجديده مرتين او ثلاثا كل يوم * واما سلس البول فيستدعى استعمال المرخيات والغالب ان الشفاء لا ينتظر حصوله مدة طويلة فلو تعوق جدا عمل مجيئه باطلاق البطن اى باعطاء بعض مسهلان ولا سيما الحراريق على الخلطة

وثانيا من جهة الها * امساك البطن من التوابع الطبيعية للخدر الذي يحصل في المستقيم والتهيج الذي يكون محله غالبا في الشرج ويعين على حصوله ايضا الارتفاع المجاني لجميع اجزاء البطن بعد خلوا الرحم مما فيها فاذا لم يقهر بالحقن المرخية او الملية بلطف ولم يكن الاستقراغ الدموى مناسبا جازان ينفع لذلك

اعطاء مسهل خفيف بعبد الايام الستة الاول او الثمانية من الولادة *
واما البواسير فلما كان معظمها منسوب للتيج العام في الجحان او الخوض كانت
مستدعية اذا جاوزت الاسبوع الاول لعلاج مضاد للالتهاب ~~كالبواسير~~
الاعتيادية

وثالثا من جهة اعضاء التناسل * المهبل وعنق الرحم وبعض من الصفائح
القشائية الهوائية في التقهيرا اذا وصلت في الالتهاب لدرجة مناسبة نتج عنها
احساس بحرارة في هذا القسم وحركة حمية تختلف شدتها وصداع وققدشية
وهذا يحصل كثيرا عقب الولادة فلا ينبغي اهماله وقد يحصل ايضا الفحواقات
في الرحم او في عنقه او التصاقات غير طبيعية او تيبسات او بورات صديدية
في الخوض او حول اعضاء التناسل والعلاج الحافظ من ذلك او المداوى له
هي الحقن المرخية في المهبل واستحمامات المقعدة ووضع المعلق على الفرج
او الشرج بل وفصد للذراع اذا استدعاه قوة النبض وكل ذلك مع المشروبات
الملطفة والحمية القاسية

فعنق الرحم الذي كان اولارخوا واسعا معلقا ~~كأنه~~ منتفخ مفتوح مشرفا
باهداب في اعلى المهبل يصير بسرعة ضيقا من جهة الرحم وينتهي حاله بان ينفتح
من الاسفل ويزول احتقانه في مدة ايام من عشرة الى خمسة عشر والشقوق
التي توجد فيه غالبا ترجع على نفسها رجوعا عظيما بانكماش منسوجاته لكن
لكونها لا تلحم اصلا يبقى تقريرا منها بعض آثار

(الفصل الخامس)

(في ورم الفرج)

ورم الشفرين الكبيرين وورما شبيما بالذي يتكون حول قعره القصد قد يحصل
وقت دخول الرأس في المضيق السفلي او خروجه منه بل قد يظهر في اليومين
الاولين بعد الولادة ثم هذا الورم قد يستولى احيانا على جميع الشفرين لكن
الاكثر كونه في شفر واحد فيكون حجمه كبندقة الى بيضة فرخة وقد يشاهد
احيانا في حجم عظيم جدا ثم ان المنسوج الذي يتقوى به مدخل المهبل ويتركب

منه هذان الشفران ويوجد في جبل الزهرة ايضا يتكون من فربعات وريدية
وشريانية وخيوط خلوية وكتل ضخمة متصالة مع بعضها او متمزجة بحيث
ان الدم الذي ينصب فيها يكون في الغالب كثيرا بدون ان يرتشح منه شيء في محل
بعيد عنها ويكون على هيئة كدم بسيط ولذا كانت الضربات والسقطات
وجميع انواع الضغط على الفرج يحصل منها في الغالب ورم دموى كبير الحجم
اشتغل به الاطباء وسما المولدون

طبيعة هذا الورم وكثرته وقوف السائلات في فروج النساء الحوامل
والدوالي التي توجد كثيرا في عروق فروجهن مهيتان لحدوث هذا الداء
بحيث انه كثيرا ما حصل بدون سبب خارج وفي كتب المؤلفين امثلة كثيرة
من ذلك * قال المؤلف لكن حصوله من مجرد ذلك نادر لا يمنع كوننا نعتبره نتيجة
رض خالص لاعلامه لحالة دوائية عامة على انه لا يشغل دائما محلا واحدا
فقد يوجد في الطرف العجاني او العاني او الوجه الباطن او الظاهر لاحد الشفرين
كما شاهدت جميع ذلك بل قد شاهدته في وسط جبل الزهرة ومرة على
الحلقة الاربية

وبعض الناس يظن انه مرض خاص بالحوامل وذلك غلط يترب للعقل
انه ناشئ من كون المولدين تكلموا عليه اكثر من الجراحين وسموه بالاورام
النسوية او من كونهم اشتبه عليهم باورام اخر مع انه يوجد منه في غير الحوامل
امثلة كثيرة في الملتقطات العلمية والممارسات اليومية وهذا الداء يقينا هو الذي
ذكر في مشاهدة الطبيب فوري مسمى بالغنغرينا وحاصل هذه المشاهدة
كما قال ان امرأة عمرها ثلاثون سنة ظهرت فيها ورم كبير في الشفر الايمن من الفرج
وعرض لها ذلك بسبب جرح فتركت هذا الداء مدة ثلاثة ايام او اربعة فحصلت
الغنغرينا فيه قال ففعلت شقوفا كبيرة عميقة في الجزء الباطن من الفرج
ثم ادخلت يدي في الشقوق فاخرجت قطعاً من الدم محببة تبلغ نحو رطل
ونصف وبعد ذلك التحمت القرحة بواسطة الماء المقطب للجروح انتهى كلامه
ومراده بالماء المقطب اعني الماء المقطر بالنباتات العطرية التي فيها بعض قبض

وذكر دولا موت ان امرأة التطم فرجها الطمة قوية في كرى فعرض لها من ذلك ورم في غلط الذراع على شفر من شفرها الكبير بن ولم يفعل لها من المراجعة الا استفرغ الدم المالى لهذا الشفر وذكرا ايضا ان بنتا سقطت على زاوية خشبة فصارت شفرها الكبير الايسر في غلط قبضة الكف ففتح هذا الطبيب ذلك الورم فخرج منه كمية عظيمة من دم شديد السواد بعضه متجمد وبعضه سائل

وكثيرا ما يوجد تورم فرجى رجى وعن شاهده المؤلف وغيره بل ربما يوجد منه الآن في المؤلفات ما يزيد على مائة مشاهدة فهو كثير الحصول جدا وشفى بالشق وذكروا لورى لهذا الورم نوعين نوع يحصل بالارتشاج ونوع يحصل بالانصباب وكل منهما شفى بالشق وذكر بزوس انه شاهده كثيرا وكان بروز بورتة في باطن الفرج اكثر من بروزها في ظاهره وانه يشفى سرى ما بقصه بالاصبع او بمشرط وتوجد هذه الاورام ايضا في غير زمن الحمل بكثرة فقاما كان سببه رفسه بالرجل او سقطته من عربة او ضغط شديد او افراط في الجماع وقد يحصل فساد في هذه الاورام * قال المؤلف ويظهر لى ان الحوامل لسن معرضات لهذا الداء اكثر من غيرهن فاني شاهده في مدة الحمل تسع مرات وفي غير زمن الحمل اكثر من خمس عشرة مرة واكثر المتعرضين له البغاة واللواتى يجامعن بافراط

سيره وانتهأوه * حجم هذه الاورام القرجية في غير زمن الحمل يكون غالباً اقل مما يكون في الحوامل ومن حيث ان المرضى لا يرضين اظهار شكايتهن منها يوجد لهن من تلتب فيه وتشتبه غالباً بالخراجات على الاطباء كالمريض ايضا ثم ما يلتب منها ويكون محمله من الخلف او قريبا للمهبل اذا فتح يخرج منه خلط دموي مختلط بصديد او صديد مخلوط بخلط دموي وتنتشر منه رائحة رائحة المواد الثفلية ووه فتنة يظن منها يادى الرأى ان ذلك ناشئ من غمس المشرط في خراج غنفر بنى شرجى * قال المؤلف وقد اكدت ذلك للتلامذة بمارستان الرحمة في بنت سميحة خصب سنة ١٨٣٣ وشاهد نظير ذلك في امرأة اخرى كان السبب في بورتها للمدوية ولادة انتهت باذخال الجفت

والرايحة هنا ناشئة من مجاورة المستقيم والقنوات المغشاة بغشاء مخاطي
وانتقلت تلك الرايحة الى الرواسب الدموية الفرجية بالـكيفية التي تحصل
في بعض خراجات حافة الشرج فمن المهم ان يتذكر الجراح امكان ذلك حتى
لا يظن ان هنالك انتفاخا في المعاثم ان البورات الدموية الفرجية المتكونة وقت
الولادة او بعدها يسير وان لم تلتهب تسبب احيانا اوجعا شديدا بحيث قد تصبح
المرأة منها وقد يحصل منها انغما وغشى واحيانا تتحملها النساء من طويلا
بدون ان تتألم منها كما تكون كذلك في محال آخر فان كانت في جبل الزهرة
او في الجزء الاخر من الفرج لم يحصل منها ما يحصل لو كانت في النصف السفلي
من الشفرين الكبيرين وينسب لفساد هذه الاورام في هذا المحل اذ لم تفتح
اولم تنفتح من نفسها بعض الاورام الكيسية الممتلئة بمادة هلامية شقر الازلاية
او خلية او طبقات او صفايح مرصوصة كما وجدت كذلك مرات كثيرة وكما حال
بوتير رأيت في امرأتين ورما في حجم بيضة على الفرج وكان مملوءا بجوهر زلال
كزلال البيض فاذا كان الورم الفرجي في محل مرتفع جدا عرف غالبا باللون
البنفسجي او المبيض للجلد فان كان من الاسفل في عمق الاشعار الكبيرة
جازان لا يكون مصحوبا بشئ من الكدم سيما اذا مضى بعد ظهوره بعض ايام
وعما يسهل تشخيصه هيئة السقطة مثلا المسببة له والتوج العميق وبقية
العلامات المعروفة للرسوب الدموي واما اشتباهه بالفتق او بانقلاب المهبل
او الرحم او بسقوط المعاء كما وقع ذلك لبعضهم فاذا كان الامن كون طبيعته اذ ذلك
كانت غير واضحة وضوحا كافيا

وانتهت هذه الاورام بالتحليل انما يصح البسيط اقل سهولة من تحليل الاورام
التي تكون في غير ذلك من الاقسام كالجمجمة مثلا والغالب انها تتحول الى
غلغمو في وتسير سير خراج وقد يكون منظرها فيما بعد كمنظر اورام اخر مختلفة
وذلك اذ اذابت غير مؤلمة وتركت ونفسها والغالب ان انداها ليس ثقيل ويمكن
تخليص المرضى منها غالبا بسرعة واتفق انه تسبب عنها الموت في حاله ذكرها
استنديل الان هذه المرأة استغرغ من دم ورمها نحو سبعة ارطال

العلاج * عالجوا هذا الورم بنوعين من الوسائط كبقية الاورام الدموية النوع
 الاول غاية التحليل لكن الوسائط التي لها فاعلية عظيمة في ذلك قليلة العدد
 فاذا كان الورم متموجا كبيرا الحجم مهدودا بل وسكنافيا غير ذلك من الاحوال
 لم يحصل من تلك الوسائط نتائج محسوسة فتكون هذه طريقة طويلة غير أكيدة
 لا تختار وحدها والنوع الثاني غاية تفرغ الورم وهو الكي او البت او الشق
 فالكي ينبغي اهماله وتركه بدون نزاع واما البت فلا ينبغي الا اذا كانت مادة الورم
 سائلة مع ان الممارسة يستفاد منها ان تلك الاورام ما يكون مملوءا بدم متجمد
 فلم يبق الا الشق الذي هو الدواء القوي واما خوف بعضهم من النزيف الذي
 يحصل من ذلك فهو امر وهمي لانه لم يوجد في هذا القسم وعا كبريا الحجم يحاف
 من جرحه على انه اذا حصل ذلك سهل سده بسدادات وضغط جميع سطح البورة
 لو كيه اذ الزم ذلك واما مثال استئصال الذي ذكرناه فهو نادر ويحسب موضع سببه
 نعم من المحقق انه يحاف من هذا العارض في الساعات الاربع والعشرين الاول
 اكثر مما بعد ها وان ما وصي به بعض الممارسين من انتظار يوم او يومين لفتحها
 ليس خاليا عن التعقل وذلك لان الضربات الشريانية التي انقطعت وانضغظت
 بعد ذلك حال برد الفعل من الاغشية المجللة تجدها زمنة تنسد فيه * قال المؤلف
 وبالمجلة لا حاجة للمنازعة في كيفية علاج التورم القرصي بل تقسم ذلك
 لرتبتين كما قلنا في خارج وقت الولادة اذ لم يحصل من الورم آلام شديدة
 ولا تكدر عام في البنية لا بأس ان يستعمل ما اريد استعماله من هاتين الرتبتين
 اللتين ذكرناهما وان كان الا كد فتح الورم فتحة واسعة واما في مدة الطلق سواء
 كانت الاورام مؤلمة او غير مؤلمة فان اللازم شقها حالا فاذا اهمل ذلك تفقر
 زمن الولادة او امتنع بالكلية لان مجملها ربما اخذ في الزيادة بل نهاية وفصل
 التصاق المنسوجات عن بعضها فصار لا عر يضا وهذا الشق طريقة واضحة
 النجاح اعلى من جميع الطرق واستعملها كثيرون حتى ان المؤلف استعملها
 في خمس عشرة حالة في مدة الحمل وزمن الطلق وبعد الولادة وخارج الحمل
 وفي جميعها حصل النجاح ونظفت الجروح والتحت في مدة من عشرة ايام الى

شهر قال فاذا لم يسترق الاسعة صغيرة من الجلد وارشح الدم في الورم لانه اجتمع
 راسبا تركت استطالة الشقوق واما في الاحوال المخالفة لذلك سيما اذا قرب
 التورم للبحان فاشق شقا واسعا بحيث لا تترك جحرا من جحور البورة بدون اصابة
 فاذا كان التورم خفيا من الخارج وظاهر من الباطن اخترت للشق الجزء
 الانسي من الشفر المصاب اما في حالة العكس حتى وان كانت المنسوجات رقيقة
 من جهة المهبل وسيمكة من جهة الفخذ فاخترت على الشق في هذا القسم
 الاخير اعني من جهة الفخذ واما الترق بالحل باليد الذي استعمله بعضهم
 وذكر انه نجح معه مرة فلا يناسب الا في الاورام الصغيرة ثم نقول بالاختصار
 اذا بقيت البورة الى نهاية الطلق كان لابد من تمرقها بمرور الجخين كما شوهد
 ذلك ونقول ايضا قد علمت من ذلك كله ان الرض يسبب في القرج انسكابات
 كما يسبب ذلك في مواضع اخرى تحت الجلد فالرسوبات الدموية التي عدوها هنا
 مرضا مستقلا لا تستدعي دراسة مخصوصة هنا على حدتها الا باعتبار كثرتها
 والمحل الشاغلة له او الاعضاء المجاورة لها

وهذا آخر ما اردناه * ونهاية ما قصدناه * والحمد لله وكفى * وسلام على من
 اصطفى * والمأمول من كرم من وقف على هذا الكتاب * وتصفحه بابادود
 باب * ان يلحظه بعين المحاسن * لابعين الازدراد والمطاعن * فان الطاعن
 لا يرى الا السيئات * كما ان المحب لا ينظر الا الحسنات * (شعر)
 وعين الرضى عن كل عيب كليله * كما ان عين السخط تبدى المساويا *
 مع ان اللام اذا تمسك بالاعتراض * وسلك مسالك الانتقاض * قل ما يسلم
 من الانتقاد * والزيف عن طريق الرشاد * سيما اذا كان جامد القريحة *
 وذا افهام شاذة غير صحيحة * فيكون كمن يدعى ما لا يقدر عليه * فيرجع
 وبال دعواه اليه * او يريد ان يدحض الفضائل بسفه وتأليب * وانفضيلة
 لا تخفى على منصف وليب * فرحم الله من عرف قدره ولم يتعد مقامه
 وطوره * على اني معترف بانى انسان * كثير الغلط والذبيان * ورجائى من
 ذوى المكرمات * الصفيح عن ما صدر منى في هذا الكتاب من الزلات *

ومقابلة الخطايا والسهو * بالتجاوز والسماح والعفو * والتخلق باخلاق من
لا يؤاخذ العبد بما اقترف * اذا اقرب بذنبه واعترف * وان لا يكونوا
من تجاسر عليهم القاتل * وتبجح بقوله في المجالس والمحافل (شعر)
* بازمنة الشعر امدعوة ناصح * لا تأملوا عند الكرام سماحا *
* ان الكرام بأسرهم قد اغلقوا * باب السماح وضعوا المفتاح *
مع اني كتهته والفكرة كليله * والافات المصروفة لتحريره قليله *
تسأل الله الرشاد * لطريق الهداية * والاتقوا من مهاوى
الغواية * ونعمده في المبدأ والختام * ونصلي على اشرف
الانام * ما كحلت عيون الدجى بأعمد الظلام * وابتمم
نقعر الصبح لفيض اعين الغمام * وقد تم تبييضه
به موضاته الزاهرة * في مستهل جمادى الآخرة * سنة
ثمان واربعين ومأتين وانف * من هجرة من له العز
والشرف * قاله ورقه وكتبه وترجمه احمد حسن
الرشيدى الحكيم * منحه الله بلطفه
العميم * حامدا مصليا مسلما محسبلا *
متوكلا شاكرا مستغفرا محمولا

وقد تم طبعه بدار الطباعة العامرة * التى انشئت بولاق مصر القاهرة *
ادام الله عز منتهىها ومشيد مبانيها * صاحب السعادة الابدية *
والهمة الاصفية * الحاج محمد على باشا * بلغه الله فى الدارين
ما شاء * وذلك فى سلخ شوال * سنة ثمان وخمسين
ومأتين وانف هجرية * على صاحبها افضل
الصلاة وازكى التحية

د د د ث - الاقطار العجزية الحقيقية

الشكل الثالث قطع قائم أى عمودى فى الخوض

أ - القناة العجزية

ب - طرف العصه أى الدقيق منه

ث - سطح مفصلى للعانة

د - جانب المضيق العلوى

هـ - السطح الباطن العجبة

ف - الحدة الجببية

ج - الرباط العظيم الجبى

خ - الرباط الصغير الجبى

ح - التقوير الصغير الجبى

ى - التقوير الكبير الجبى

ك - الثقب تحت العانة

الشكل الرابع فى هيئة الاقطار

أ - القطر العجزى العانى

ب ب - القطر العصصى العانى

ث - محور المضيق العلوى

د د د - المحور الذى يلزم ان يتبعه راس الجنين

هـ هـ هـ هـ هـ - الخط العمودى للاقسام المختلفة من الوجه المقدم للعجز

ف - محور القطر العصصى العانى

اللوحة الثانى الخوض مع متعلقاتها الخوضية

الشكل الاول

أ - جزء من المستقيم

ب - رحم مقطوعة

ث - مثانة كذلك

د - آخر الاورطى

ه ه - الشريانان الحرقفيان الاصليان

ف ف - الشريانان الحرقفيان الظاهريان

ج ج - الشريانان الحرقفيان الباطنان

خ - الوريد الاجوف السفلى

ح ح - الاوردة الحرقفية الخارجة

ك ك - العصب الفخذى

ل ل - العضلتان ايسواس

م م - العضلات الحرقفية

ن - العروق العجزية والزاوية العجزية الفقرية

ع ع - عضلات الصفاق العريض

غ غ - العضلات الخياطية

و و - العضلية المستقيمة المقدمة

ر ر - العضلة العانية

س س - العضلات المقربة

ت - العانة

الشكل الثانى

بركار السمك

الشكل الثالث

مقياس الخوض لقطولى

الشكل الرابع

مقياس الخوض للقابلية بوافين

اللوحة الثالث لاعضاء التناسل

الشكل الاول

١١ - الشفران الكبيران

ب - البظر مع قلفته

ث - العجان

د - الشفران الصغيران

هـ - الدهليز

ف - الصماخ البولى

ج - المهبل

خ - غشاء البكارة

ح - الشوكة

ى - الحفرة الزورقية

ك - المجمع الخلقى للفرج

ل - المثانة

م - الرحم مرتفعة قليلا

ن - الرباطان المبرومان

ع - المبيضان

غ - البوقان

و - ابتداء المستقيم

ز - الامعاء متراكمة فى الحفرة الحرقمية اليسرى

الشكل الثانى

توجد الرحم فى محلها تامة انهمرا الحمل متوترة بناتج العلوق اى الجنين مائلة الى

اليمن وملققة على محورها من الخلف الى الامام وعن اليسار الى اليمين (وهى

ماخوذة كفى الحالة الطبيعية)

١١١ - الجدران المقدمة للرحم

ب - البوقان

ث - المبيضان

د - الرباطان المبرومان

٥٥٥ - الامعاء مدفوعة بالرحم
ف في - اهداب منقلبة من جدران البطن

اللوحة الرابع في البذرة البشرية

الشكل الاول

البذرة كاملة في سن اثني عشر يوما

الشكل الثاني

مثلها غير انها منفتحة ومحضرة

١١١ - السلي منبسطا الى منفردا

ب ب ب - الجسم الشبكي

ث - الجنين في التجويف الامنيوسي

د - الحوصلة السرية محاطة بالجسم الشبكي

الشكل الثالث

بذرة عمرها عشرون يوما تقريرا ومحضرة

١١١ - السلي

ب ب ب - الجسم الشبكي

ث - الامنيوس كاملا

د - جنين مشاهد من الامنيوس

٥ - الحوصلة السرية

الشكل الرابع

بذرة كاملة مع غشائها الساقط لها من ٢٠ الى ٢٥ يوما

١١١ - الساقط كاملا

ب - الجنين في محله

ث ث ث - محيط الوريقة المنعكسة للغشاء الساقط

الشكل الخامس

قطع عمودي لتلك البذرة

١١١ - تجويف الغشاء الساقط

ب - تجويف السلي

ث - جزء مشيمي من السلي

دد - جزء من السلي المغطى للساقط

٥٥ - تجويف الامنيوس

ف - الجنين

ج - الحبيبل السرى

خ - الحوصلة السرية

فالبدرة من حيث انها زلت الى الاسفل جدا تكون المشيمة نامية قرب العنق

في هذه البدرة لو بقي الحمل مستداما

الشكل السادس بذرة عمرها شهر تقريبا

١١ - السلي مع خله

ب ب ب - الامنيوس منفردا

ث - الجنين

د - الحوصلة السرية

٥ - الحبيبل السرى

ف - منتفخ الحبيبل حاويا لجزء من الامعاء

اللوحة الخامس الجنين مع متعلقاته

الشكل الاول

مستنجات عمرها من شهرين ونصف الى ثلاثة اشهر

١١ - الجنين

ب ب - بشرة مرتفعة منفصلة عن الادمة بطبقة سمكية من سائله

ث ث ث - منتفحات الحبيبل وفيه ايضا ارتفاع للبشرة

دد دد - الامنيوس واصلا الى الحبيبل

٥٥٥٥ - السلي منخفضا ايضا

ف - الحوصلة السرية
ج ج ج - جزء منعطف من الساقط وخبوط عديدة تربطه بالحبل
خ خ خ - الساقط الرحمي

الشكل الثاني

جنين عمره من اربعة اشهر الى خمسة يشاهد في الرحم
١١١١ - اهداب منقلبة من الرحم
ب ب - الجزء العلوي من المهبل
ث - عنق الرحم مفتوحا
د د د - الطبقة الرخية للساقط
٥٥٥٥ - الطبقة المنعكسة للساقط
ف ف ف - السلي الذي قلب منه ه د ب ج ج
خ خ خ خ - الامنيوس كله حاويا للجنين

اللوحة السادس الجنين

الشكل الاول

جنين سنه من اثني عشر اسبوعا الى ثلاثة عشر

الشكل الثاني

جنين سنه من ستة عشر اسبوعا الى سبعة عشر

اللوحة السابع الجنين ودورة الدم فيه

الشكل الاول

الجنين كله مع متعلقاته ومقدم صدره وبطنه من ال اتساهد أعضاء الدورة فيه
١١١١ - المشيمة

ب ب - الوريد السري

ث ث - الشريانان التسريان

د - المثانة ممتدة الى الحبل

ه - جزء من الوريد السري يتقيم مع الوريد الباب ف

- ج - القناة الوريدية
 خ - الوريد الاجوف السفلى
 ح - الوريد الكبدي
 ي - الاذين اليمنى
 ك - الوريد الاجوف العلوى
 ل - الوريد الايمن تحت الترقوة
 م - الوريد الوداجى الباطن
 ن - الوريد الايسر تحت الترقوة
 ع - عصب الزوج الثامن والسباتى الايسر
 غ - البطن الايمن
 و - البطن الايسر
 ر - جذع الوريد الرئوى
 س - القناة الشريانية
 ت - قوس الاورطى
 ص - الغدة نيموس
 ض - العصب الحجابى الخارجى
 ط - العصب الرئوى المعدى والسباتى الايمن
 ظ - الاورطى البطنية
 ق - الشريان الحرقفى الاصلى
 ١ - الشريان الحرقفى الظاهر
 ٢ - الشريان الحرقفى الباطن
 ٣, ٣ - الاوعية المنوية
 ٤, ٤ - مجرى البول
 ٥ - الطحال
 ٦, ٦ - الكليتان

٧٧٧ - الكبد المحول لشبكته الوعائية

٨٨ - الحبل السري

الشكل الثاني

رأس جنين تام الاشهر رشوه من جزءه العلوى

١ - اليافوخ المقدم والقمى

ب - اليافوخ الخلقى والقمى

ث - الحدبتان الجبهيتان

و - زاوية القمى

٥٥ - القطر الجدارى المزدوج والحدبتان الجداريتان

ف - جزء جدارى من الدرزا السمنى

خ - الدرزا الجبهى الجدارى

ح - الدرزالامى

الشكل الثالث رأس مشاهد من الجانب

١ - حذبة جدارية

ب - حذبة جبهية

ث - العظم القمى

د - الصدغى

ه - الوتدى

ف - الفك السفلى

ج - الفك العلوى

خ - عظم الزوج

ح - عظم الانف

ى - الججاج

ك - اليافوخ الخلقى

ل - اليافوخ المقدم

- م - اليا فوخ الجبهي الجداري
 ن - القوس الزوجي
 ع - القطر القعدي القمي
 غ - القطر القعدي الجبهي
 و - القطر القائم أي العمودي
 ر ث - القطر الذقني القمي

اللوحة الثامن امرأة تمت اشهر حملها و جنين في الوضع الثاني

- ١١ - جسم الجنين
 ب - قطع جبل الزهرة
 ث - قطع العانة
 د - قطع المثانة
 و - الحاجر المثاني المهبل
 ف - المهبل
 ج - الحاجر المستقيم المهبل
 خ - المستقيم
 ح - قطع العجز
 ك - قطع العجان
 ل - القطر العصص العاني
 م - القطر العجزى العاني
 ن - جدران خلصرة مرفوعة
 ع - سر المرأة
 غ - شقنا العنق منتفختان قليلا
 و - التقعير المستقيم المهبل

اللوحة التاسع الاوضاع القمية

الشكل الاول - الوضع الاول في المضيق العلوي

الشكل الثاني - الوضع القمعدوى المقدم في المضيق العلوى
الشكل الثالث - الوضع الخلقي في التقعير

اللوحة العاشرة اوضاع الوجه

الشكل الاول - الوضع الاول في المضيق العلوى
الشكل الثاني - الوضع الذقنى العالى في المضيق العلوى
الشكل الثالث - الوجه في المضيق السفلى

اللوحة الحادية عشر اوضاع الجذع

الشكل الاول - الوضع القمعدوى الخلقي والجذع كان خرج
الشكل الثاني الظهري العالى للمنكب الايسر
الشكل الثالث مثله للمنكب الايمن
وكان ذلك ابتداء الخروج من ذاته والمنكب ١ المنخفض جداً واستند على
الجانب الايسر ب من القوس العالى وسمح للصدر ث ان ينزل شيئاً فشيئاً
ليخرج من جانب د الذى للفرج

اللوحة الثانية عشر التحويل

الشكل الاول - الوضع القمعدوى الحرقفى الايسر
الشكل الثاني - الظهري العالى للمنكب الايمن
الشكل الثالث - الهجى بالمقعدة

اللوحة الثالثة عشر استعمال الجفت

الشكل الاول - الرأس بالعرض مأخوذ من جهة قطره المقدم الخلقي
في المضيق العلوى
الشكل الثاني - الوضع القمعدوى المقدم في المضيق السفلى
الشكل الثالث - الجفت في الولادة بالحوض

اللوحة الرابعة عشر التخليص

الشكل الاول التخليص البسيط

فاليد اليمنى ا تمسك الحبيل ب ب لتجذبه الى الاعلى مدة ~~كون~~ اليد
 اليسرى ث تدفع اصله بكيفية بكرات الرد
 الشكل الثانى - التخلص الصناعي
 فاليد اليسرى فى الرحم تفصل المشيمة من محل التصاقها
 الشكل الثالث ب نغمشة المشيمة
 ا - حبيل خالص فى تجويف الرحم
 ب - مشيمة انجذبت من ضيق الرحم ث
 د د - عنق شفتاه كأنهما متوجعتان فى اعلى المهبل (٥٥)

اللوحة الخامسة عشر الجفت وآلات اخر

الشكل الاول جفت استحسنه فلبوس
 ا ا - القرع الابسر او المذكر
 ب ب - القرع لايمن والائمنى
 ث - المقصل
 د - زيتونة الكلاب
 هـ - دبوبة الكلاب
 الشكل الثانى الجفت نفسه مشاهد من الجانب
 آ - صفحة المداد
 ب - مترس اليد
 الشكل الثالث مفتاح الجفت
 الشكل الرابع جفت سيملى
 ا ا - ملقعة محاطة بشريط من جلد
 ب ب - ايدى من خشب
 الشكل الخامس فرع من هذا الجفت شوهد من وجهه
 الشكل السادس انبوية خضيرية
 الشكل السابع جفت ذواول كاذبة

الشكل الثامن مقراض ثاقب للجمعية

الشكل التاسع ثاقب بجمعية بسيط

الشكل العاشر حامل الجبيل لا طيب جليون

اللوحة السادسة عشر آلات مختلفة

الشكل الاول الجفت المثلث الرؤس

الشكل الثاني رافعة مفصلية او مشبكية مشاهدة من وجهها

الشكل الثالث مثلها مشاهدة من الجانب ومنشئة قليلا

الشكل الرابع رافعة رفو يران مشاهدة من وجهها

الشكل الخامس مثلها من جانبيها

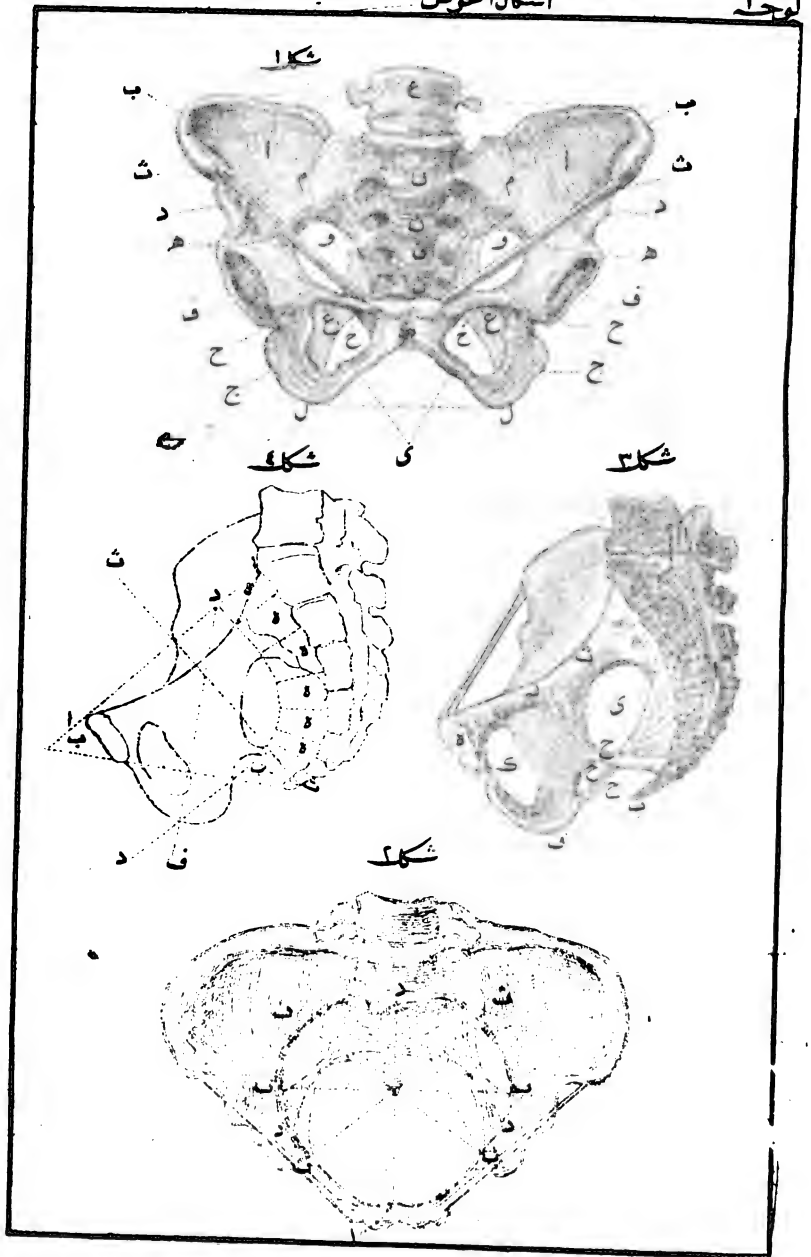
الشكل السادس حلقة دربو الصناعية

الشكل السابع طلبية الندى

الشكل الثامن طرف ندى مشاهد من وجهه المقعر

الشكل التاسع مثلها مشاهد من الحلقة

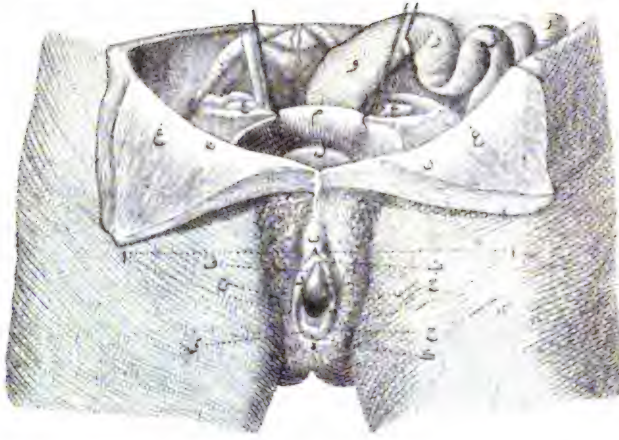
تم



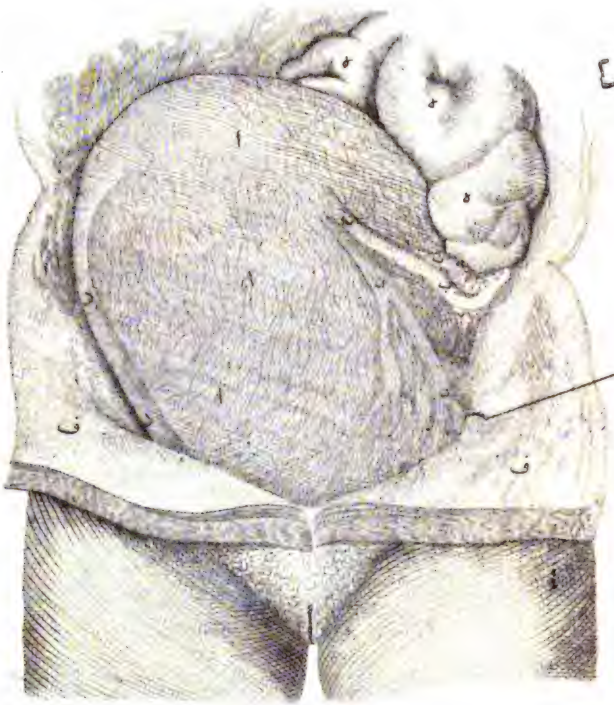
اعضاء الناس

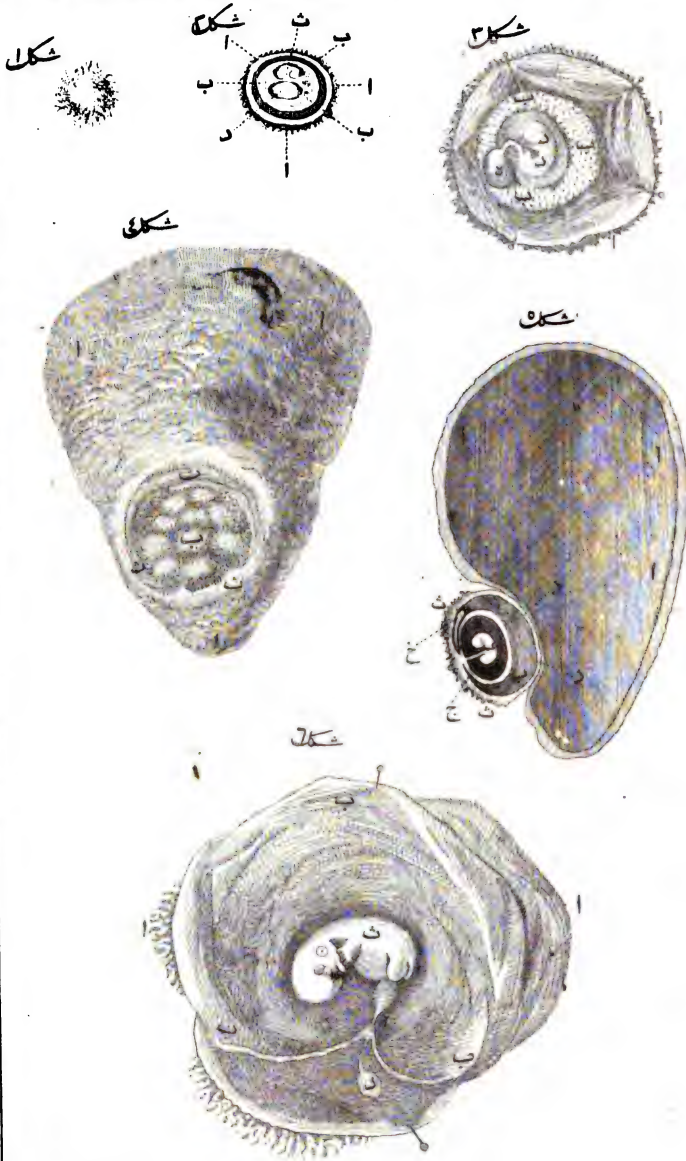
لوحة

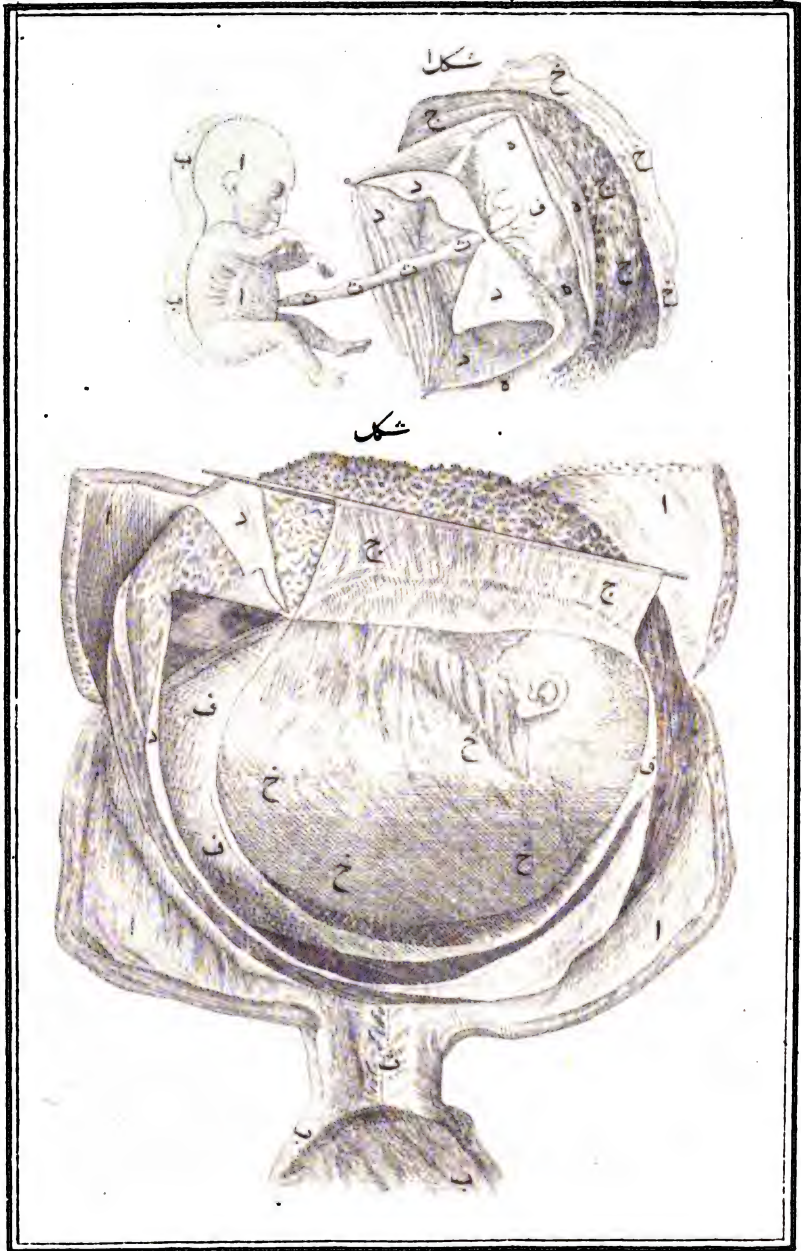
شكل

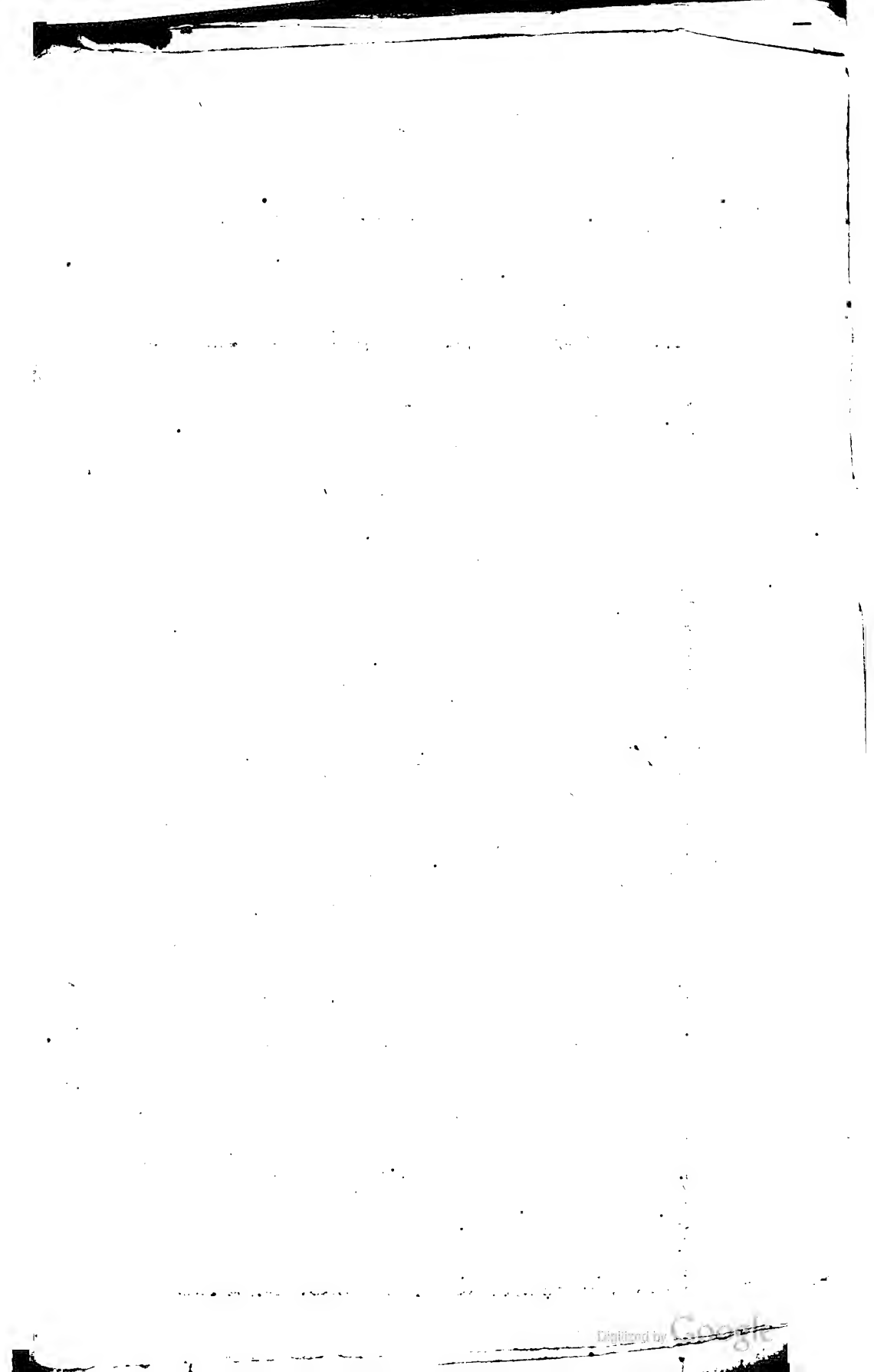


شكل





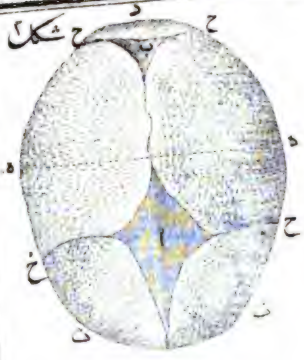




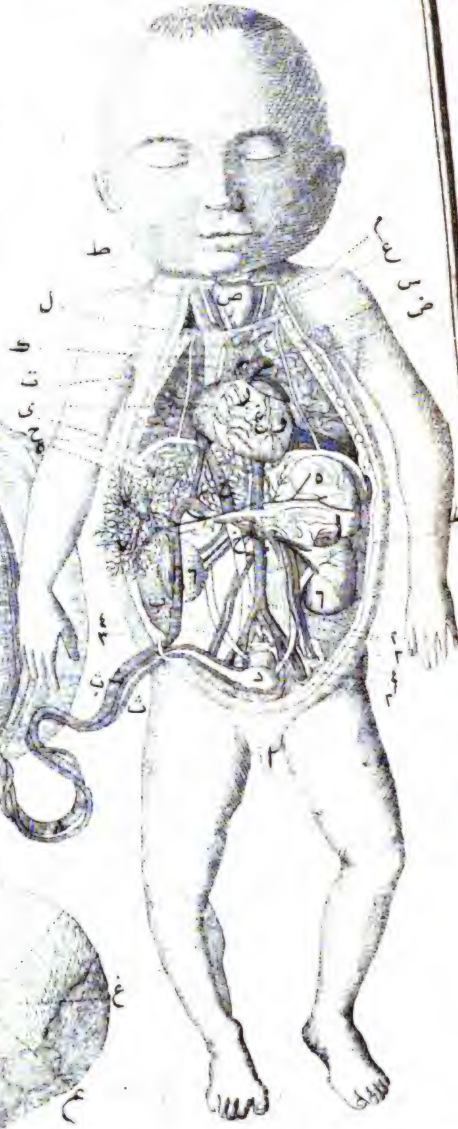


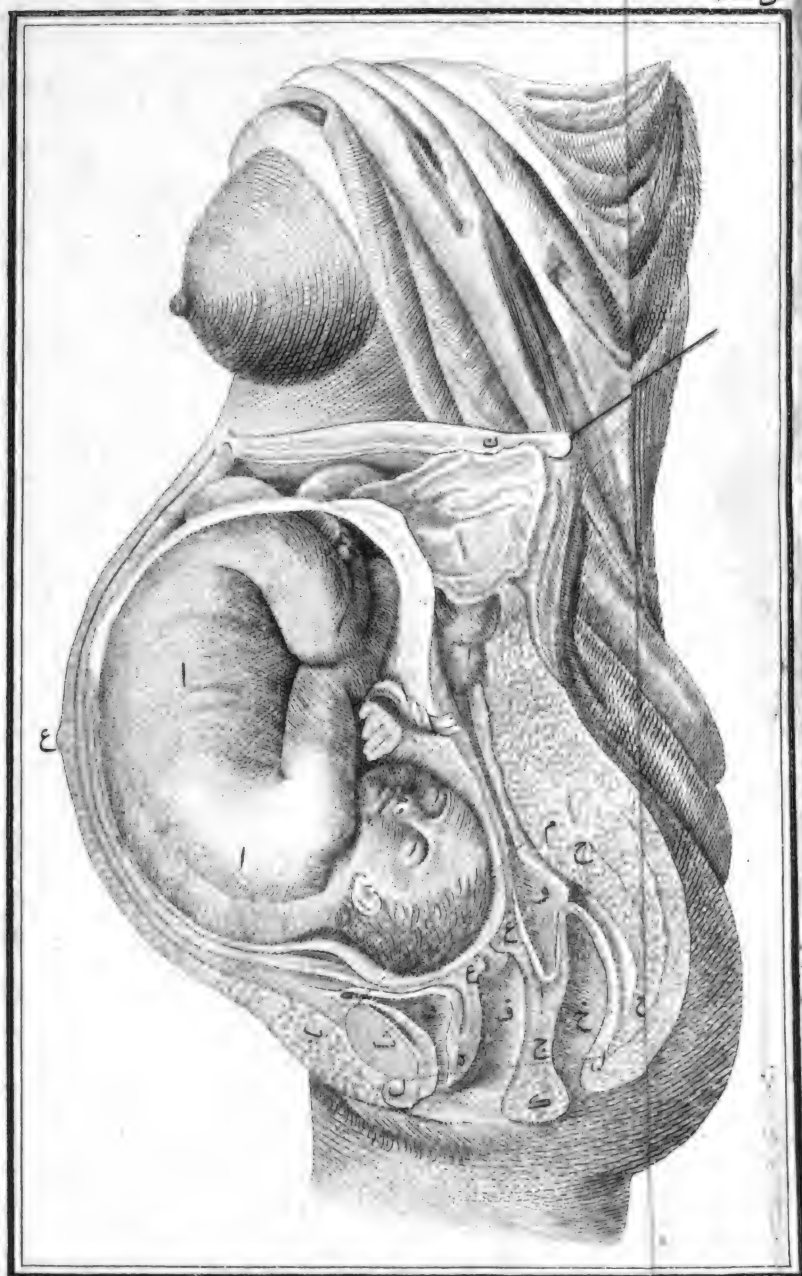
شكل

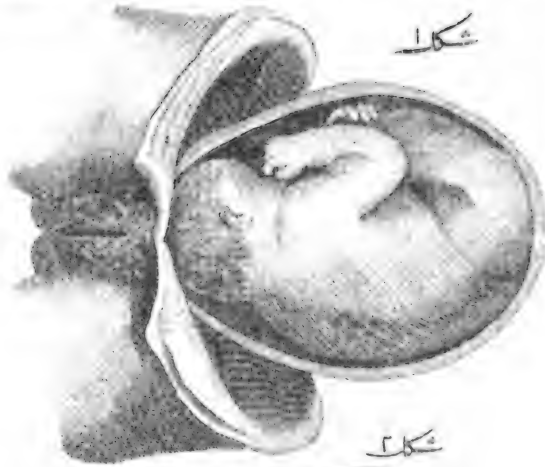
شكل



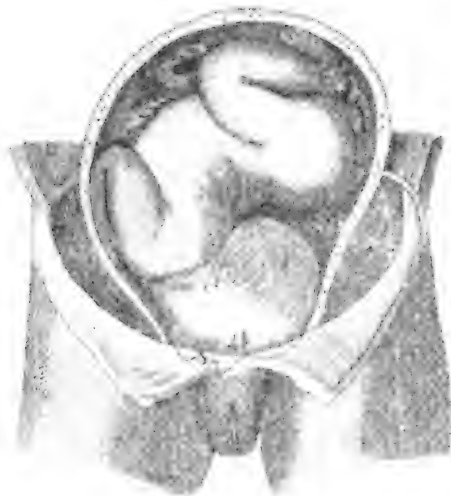
شكل



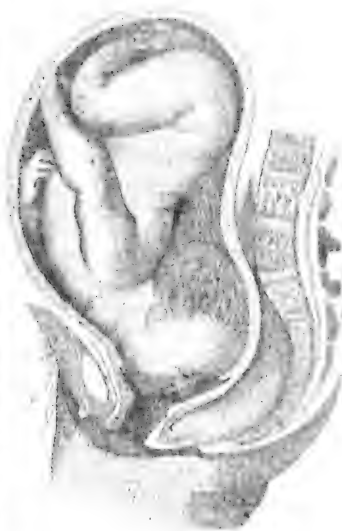




شكل



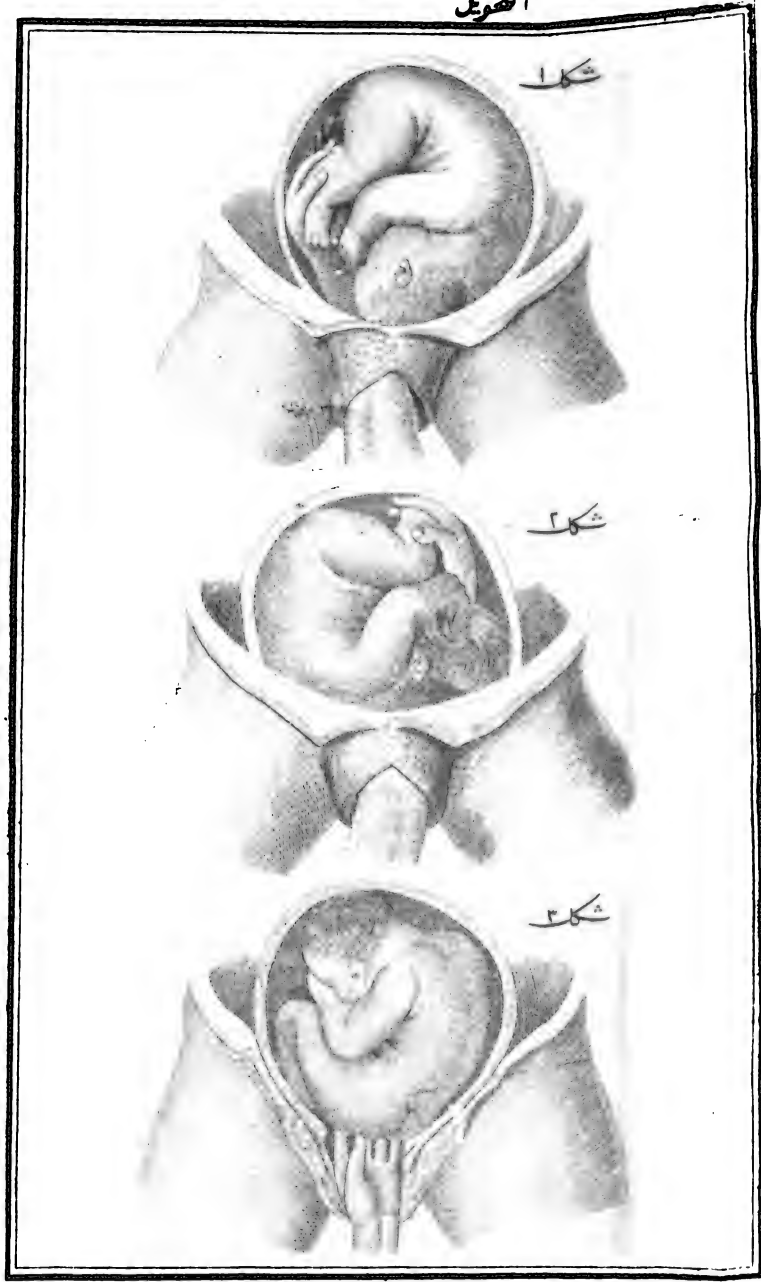
شكل

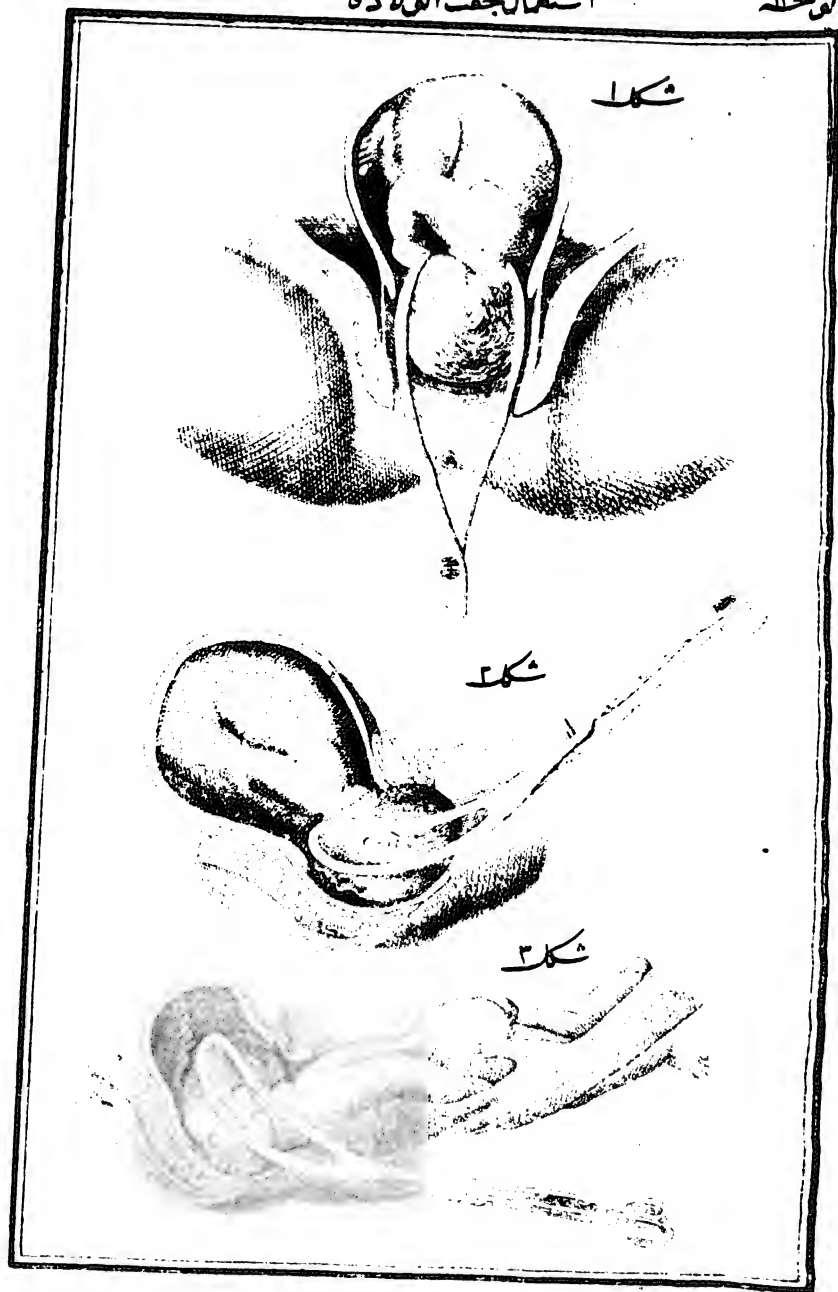


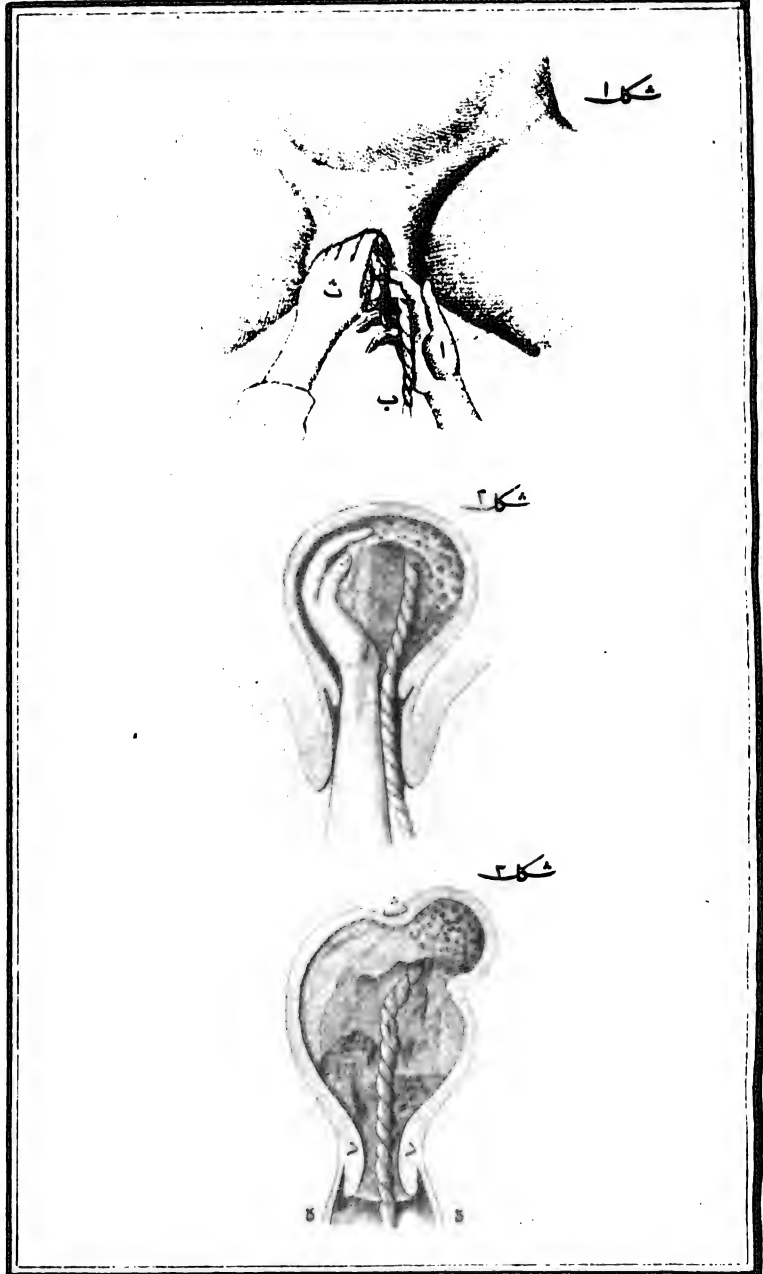
شكل

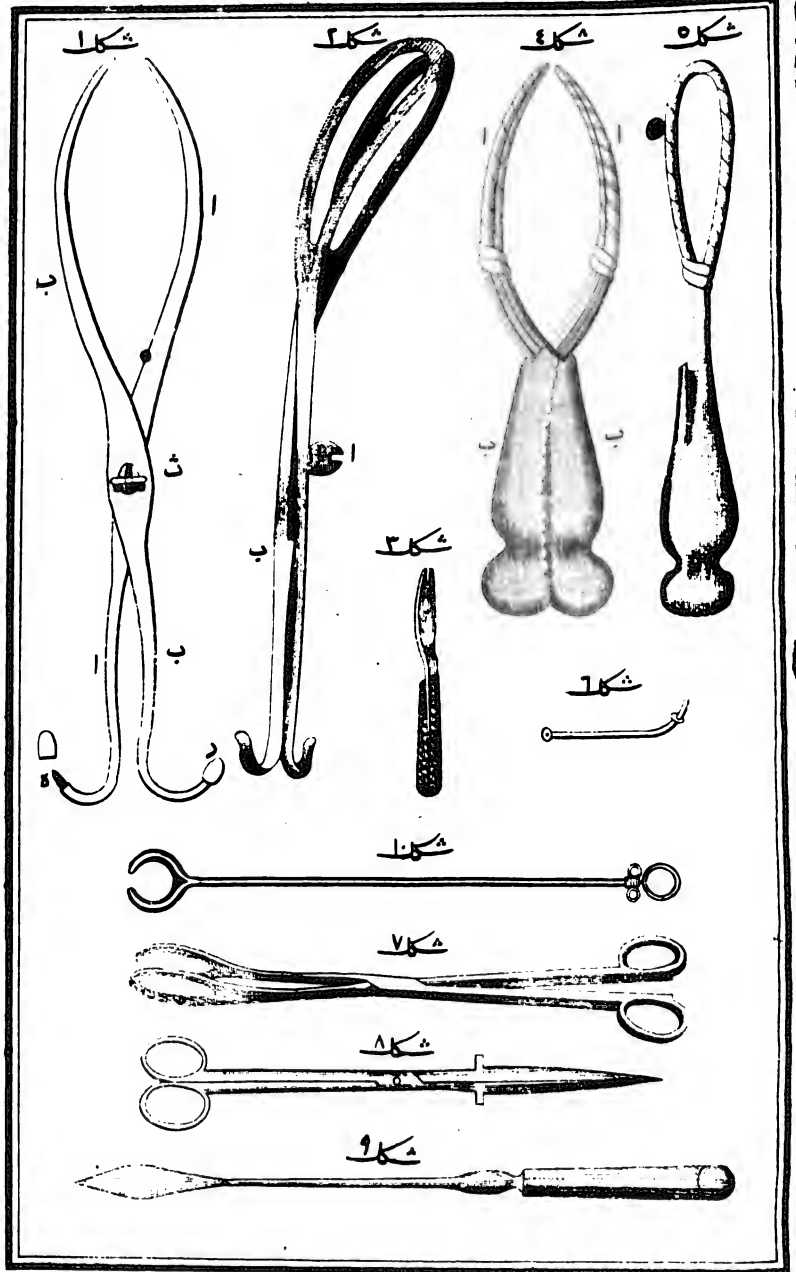


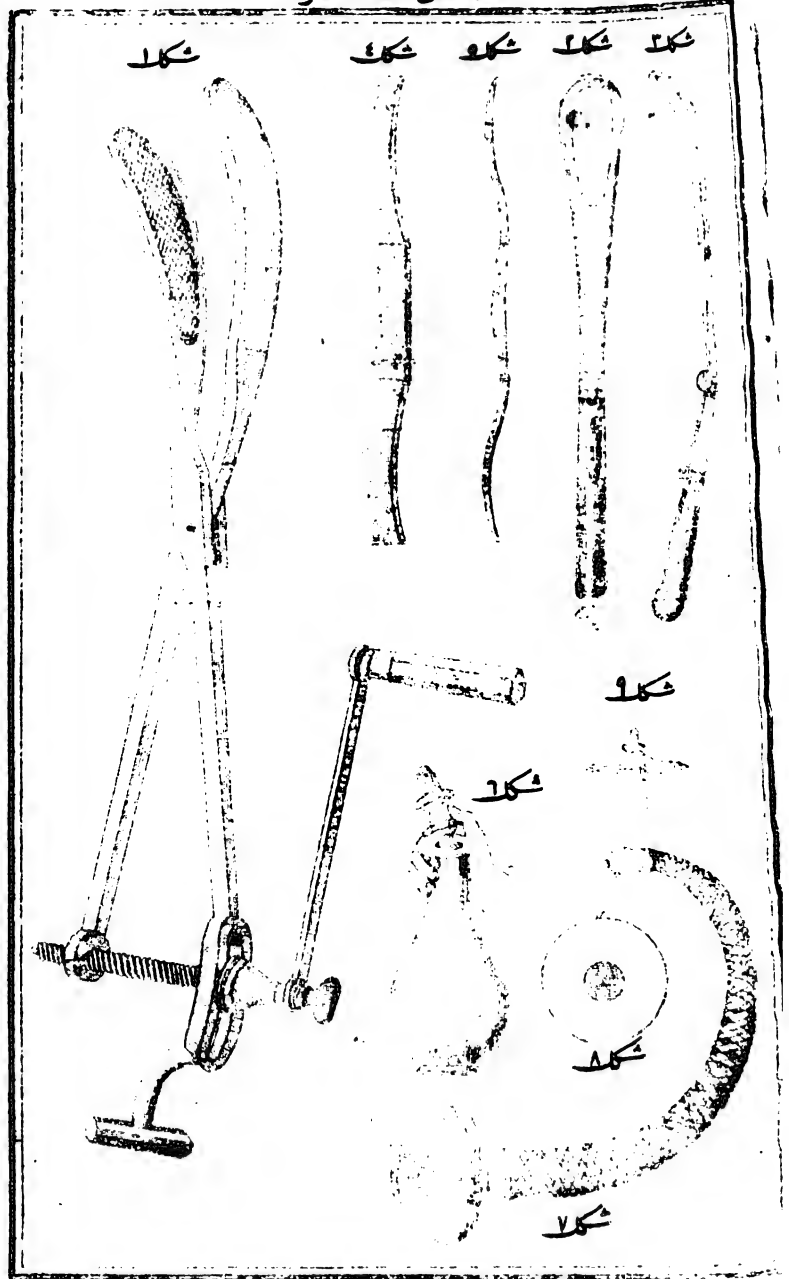
















32101 073254961